BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): ROCIO ALMANZA
Código CUENTAME UDS: 5000 1000 27995
Dirección UDS: CALLE 8 NUMERO 28-73

Hoja 1 de 1
Centro Zonal: V I L L A V C E N C I O U N O
CC: 4 0 3 8 3 0 6 1
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALEJANDRO
Teléfono UDS: 3142483310

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.253.258.867	ALAIA	CELESTE	GONZALEZ	PERNIA	0	0		4		
02	RC	1.121.988.217	LYANA	ELIZABETH	MANZO	RONDON	0	3		4		
03	RC	1.121.987.959	EMILY	JULIETA	HERRERA	VELASQUEZ	0	4		4		
04	RC	1.123.455.065	ANDRES	FELIPE	AMAYA	SUAREZ	0	3		4		
05	RC	1.121.988.436	EMANUEL		GARCIA	OROZ	0	1		4		
06	SD		VALERIA	ALEJANDRA	TORRRES	MEDIANA	20	4		4		
07	CC	1.193.518.373	LUISA	FERNANDA	MORENO	CARVAJAL	24	1		4		
08	RC	1.121.988.590	CARLA	VALERIA	POLANIA	WILCHES	0	0		4		
09	RC	1.121.987.903	MARIA	CELESTE	HERRERA	VASQUEZ	0	3		4		
10	RC	1.123.825.079	EMELY	MORENO	ESPINOSA	ESPINOSA	0	1		4		
11	CC	1.000.324.563	MARIA	PAULA	GIL	SARMIENTO	25	5		4		
12	RC	1.123.824.885	JHOZETH	SEBASTIAN	CARDONA	CORSO	0	2		4		
13	RC	1.121.987.517	JUAN	EMILIO	PINTO	ROMERO	0	1		4		
14	RC	1.121.988.071	SOJEPH	ALEJANDRO	MURILLO	ORTEGON	0	1		4		
15												
16												
Y												
18												
19												
20												
									TOTAL	56		

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

Rocio Almanza
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1.122.921.681	SANDRA	TATIANA	GALINDO	TURRIAGO	19	11						A	A				A					A									4	0	
02	C.C	1.029.660.716	JASBLEIDY	TATIANA	ESPITIA	PUERTO	19	10						A	A				I					A									3	1	
03	CC	1.006.798.101	LAURA	DANIELA	MORENO	BAQUERO	22	00						A		A			I					A									3	1	
04	C.C	1.121.918.540	DORIS	YOHANA	VEGA	BENITEZ	30	07						A					A	A				A									4	0	
05	C.C	1.123.801.773	NURIA	SHARICK	MORENO	SUAREZ	20	05						A					A	I				I									2	2	
06	RC	1.121.988.273	EMILY	VICTORIA	PINILLA	AYA	00	02							A				A	A					A								4	0	
07	RC	1.122.543.962	LAUREN	AISLIN	TORRES	ALDANA	00	03							A					A					A								4	0	
08	RC	1.123.825.160	KEYLER	SANTIAGO	REY	JIMENEZ	00	00							I					I	A				I								1	3	
09	RC	1.122.544.068	ADHARA	SOPHIA	MADRIGAL	MENDEZ	00	01							I					I				A	A								2	2	
10	RC	1.123.825.005	ANDY	DANIEL	CASTILLO	BEDOYA	00	03							A					A				A	A								4	0	
11	RC	1.123.825.007	ADHARA		CANO	GRADAD	00	02								A					A					I							3	1	
12	RC	1.121.987.660	JOHAN	ESTEBAN	CRUZ	CAICEDO	00	05								A					A					A		A					4	0	
13	RC	1.122.543.802	ANA	VICTORIA	SANABRIA	RODRIGUEZ	00	07								A					A					A		A					4	0	
14	RC	1.121.987.421	LIAN	MATEO	QUIROGA	RIVERA	00	05								A					A					A			A				4	0	
15	C.C	1.123.455.028	OWEN	STIVEN	SANCHEZ	CHIVATA	00	03								A					A					A			A				4	0	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 50 10

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

COORDINADOR(A) EA

Alejandra Sanchez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI C C 4 0 4 1 4 3 3 2 Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NIDIA JOHANNA VASQUEZ RICO CC 4 0 1 8 5 4 4 2
Código CUENTAME UDS: 5000100023530 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ARCO IRIS
Dirección UDS: KRA 20 N 41 20 BARRIO PARAISO Teléfono UDS: 3015508524

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA											
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES					
01	T.I	1123438667	VERONICA	HELENY	MURILLO	VARGAS	15	09						A	A				A					A												4		
02	C.C	1122526542	BRITNEY	NATALIA	PEREZ	VEGA	20	05						A		A			A					A												4		
03	C.C	1006826331	MARIA	ANGEL	GARCIA	YARA	21	05						A			A		A					A												4		
04	C.C	1121878828	HEIDY	MICHEL	ROMERO	ROMERO	21	06						A				A	A					A												4		
05	C.C	1122508231	LESLIE	DAYANNA	CORTES	MERCADO	21	08						I				A	I					I												1	3	
06	C.C	1005253276	PAULA	TATIANA	RIVERA	OSPINA	23	10						A		A			A						A											4		
07	C.C	1192775346	KAREN	YULITZA	LOPEZ	GARCES	24	08							A		A		A						A											4		
08	C.C	1121924800	ERICA	JOANA	ROA		29	10							A			A	A						A											4		
09	C.C	1121922695	ANGIE	TATIANA	BRICEÑO	BARACALDO	30	04							A				A	A					A											4		
10	C.C	1006964459	BERTHA	CECILIA	ARBELAEZ	FORERO	32	06							A				A					A	A											4		
11	C.C	1121881846	YIHAN	MAYERLY	MERCHAN	VARELA	33	06								A			A	A						I										3	1	
12	C.C	1113653992	ANGELICA	MARIA	HURTADO	SOLIS	33	07								A			A		A				A	A										4		
13	R.C	1121988491	IAN	SALVADOR	DIAZ	HERRERA		01								A			A		A					A	A									4		
14	R.C	1121967722	JAYDEN	MATHIAS	MENDIETA	ROJAS		02								A			A		A					A		A								4		
15	R.C	1121987776	AISLANY	VICTORIA	MORA	BARRETO		02								A			A		A					A		A								4		
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

TOTAL 56 4

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

COORDINADOR(A) EA

Nidia Vásquez Rico
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ STELLA BALLEN CC 40.219.608
Código CUENTAME UDS: 5000100019630 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AVENTURAS EMPAÑALES
Dirección UDS: KRA 18 # 8-93 LA CUNCIA Teléfono UDS: 3154234046

Hoja 1 de 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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.121.988.163	SOPHIE	ANTONELLA	MOLINA	RODRIGEZ	0	2						A					A					A										4	0	
02	CC	40.332.014	DIANA	MAYERLY	ALFARO	CANTOR	40	8						I	A				I					A										2	2	
03	RC	1.123.454.913	SIMONA		GOMEZ	VASQUEZ	0	6						A					A					A					A					4	0	
04	CC	1.006.821.446	SANDRA	PATRICIA	CARDENAS	RODRIGUEZ	29	10						A		A			A					A										4	0	
05	RC	1.121.987.791	LIA	ANTONELLA	MEDINA	ARIZA	0	4							A				A		A				A									4	0	
06	RC	1.123.824.977	ERICK	GAEL	MARIN	MEDINA	0	2							A					A					A				A					4	0	
07	RC	1.121.988.416	LIAM	ELOY	DIAZ	GUTIERREZ	0	1							A					A					A									4	0	
08	RC	1.121.987.296	ANGEL	MATHEO	ALTUVE	MORALES	0	6							I				A	I					A									2	2	
09	RC	1.121.988.090	AILYN	CELESTE	BERMUDEZ	OVIEDO	0	2							A					A					A	A								4	0	
10	RC	1.121.987.472	MAITE	VALERIA	ALARCON	BAQUERO	0	5								A					A				A	A								4	0	
11	CC	1.006.796.974	MARIA	LESTHER	ACOSTA	BERRIO	27	11								A			A		A					A								4	0	
12	RC	1.123.455.051	HELLEN	VICTORIA	CHICUASUQUE	PARRA	0	3								A					A					A								4	0	
13	CC	1.006.772.405	VANESA	ALEXANDRA	BAQUERO	RODRIGUEZ	24	11								A					A				A	A								4	0	
14	CC	1.118.568.515	LUISA	ALEJANDRA	LEON	SANCHEZ	27	10								A					A					A				A				4	0	
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	52	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 8 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	10

COORDINADOR(A) EA

Luz Stella Ballen.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC: 21185015
Código CUENTAME UDS: 5000100012432 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITA FELIZ
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10_27, VILLAMELIDA Teléfono UDS: 3114636978

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	1.121.949.118	ALIX	DAYANA	REY	RUIZ	27	9						A	A				A					A										4		
02	CC	1.006.798.464	SAUDY	VALENTINA	RODRIGUEZ	GRANADOS	24	0						A		A			A					A										4		
03	CC	1.121.931.654	OLGA	LUCIA	MORENO	PARRADO	29	5						A			A		A					A										4		
04	CC	1.121.897.379	YULY	MARLLELY	AGUDELO	RAMOS	32	6						A				A	A					A										4		
05	TI	1.121.859.178	MARIA	ESTHER	RODRIGUEZ	VERGEL	17	7						A				A	A					A										4		
06	RC	1.244.828.795	IAN	CAMILO	ZARATE	RODRIGUEZ	0	1						I				A	I					A											2	
07	RC	1.122.945.589	DERICK	NICOLAS	ABRIL	LOPEZ	0	1						A				A	A					A										4		
08	RC	1.121.988.141	EMMANUEL		JIMENEZ	HERNANDEZ		2						A					A					A										4		
09	RC	1.244.828.745	SAMUEL		VEGA	HENAO	0	3						A					A	A				A										4		
10	RC	1.244.828.736	JOSHUA	NICOLAS	SANCHEZ	VALENCIA	0	4						A					A		A			A										4		
11	RC	1.121.987.824	MARIANA		GOMEZ	JIMENEZ	0	4							A					A					A									4		
12	RC	1.244.828.718	ALAIA	ALEXANDRA	AMAYA	RAMIREZ	0	5							A					A					A		A							4		
13	RC	1.123.824.808	THIAGO	EMMANUEL	ROA	BISBICUTH	0	5							A					A					A		A							4		
14	RC	1.253.258.475	ANA	SOFIA	MATTA	SAAVEDRA	0	8							A					A					A			A						4		
15	RC	1.121.986.602	AYLEEN	LUCIANA	RUIZ	RIVEROS	0	10							A					A					A			A						4		
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	56	2	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YEIBY DAYANA PEDRAZA DURAN CC 1.010.123.169
Código CUENTAME UDS: 500011125293 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CASITA FELIZ
Dirección UDS: MZ 29 CS 2 TOPACIO Teléfono UDS: 3223607750

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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 ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	CC	1.121.859.972	DILIA	ALEJANDRA	PEDRAZA	CUADRADO	35	5		4		
02	CC	1.006.860.944	MARIA	FERNANDA	BAUTISTA	DIAZ	23	5		4		
03	CC	1.121.931.484	DIANA	KATERINE	CAMELO	GARZON	29	4		4		
04	RC	1.253.258.772	KYLIAN	FELIPE	REINOSO	VEGA		1		4		
05	RC	1.121.988.321	ASHLEY	VICTORIA	RODRIGUEZ	LOZANO		1		4		
06	RC	1.121.987.841	ZULY	JIMENA	VENEGAS	CASTILLO		4		4		
07	RC	1.253.258.616	ELIAN	MATHIAS	MURILLO	GUERRA		5		4		
08	RC	1.121.987.383	AMY	GUADALUPE	ANGARITA	CELY		6		4		
09	RC	1.121.986.685	JOSE	EMILIANO	GARZON	RODRIGUEZ		9		4		
10	RC	1.121.986.609	ZOE	MARIANA	NUÑEZ	BAQUERO		9		4		
11	RC	1.253.258.389	KLARIS	ANTONELLA	ZARATE	GAITAN		9		4		
12	RC	1.122.543.664	EYLEEN	SALOME	GUERRERO	ULLOA		9		4		
13	RC	1.121.988.557	DAIRY	CELESTE	GAITAN	JIMENEZ		1		2		
14	CC	1.121.886.334	LUZ	ANGELICA	ENCINOSA	PEÑA	33	5		2		
15	CC	1.006.821.132	MARY	TATIANA	ARIAS	AGUDELO	27			2		
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 54

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4 5
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5 5
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3 5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: J ULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARINA MATEUS ROLDAN CC: 40.373.377
Código CUENTAME UDS: 5000100045364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CRECIENDO FELIZ
Dirección UDS: CALLE 39A 6C- 53 MANANTIAL Teléfono UDS: 3112863473

Hoja 1 de 1

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1.121.987.428	AXEL	DAVID	ZIPACON	MOLINA	0	5		4		
02	R.C	1.121.987.575	ABDIEL	FELIPE	ORTIZ	VALDEZ	0	5		4		
03	R.C	1.121.987.300	EITHAN	STVEN	PORTILLO	RODRIGUEZ	0	6		4		
04	R.C	1.121.987.309	ANDRES	CALEB	LOPEZ	CAÑON	0	6		4		
05	R.C	1.121.987.553	HANNNA	ISABELLA	CASTILLO	SANCHEZ	0	5		4		
06	R.C	1.121.988.188	FELIX	EMILIO	HERRERA	TORRES	0	2		2	2	
07	R.C	1.121.988.114	EYTHAN	ALEJANDRO	CASTRO	MORALES	0	2		4		
08	R.C	1.121.988.150	THIAGO	EMMANUEL	LINAREZ	BARAZARTE	0	2		4		
09	R.C	1.121.987.951	MARIA	VICTORIA	SOTO	HERNANDEZ	0	3		4		
10	R.C	1.122.543.914	MARIANGEL		DE LAS AGUAS	PALACIOS	0	4		4		
11	C.C.	1.005.362.457	MAROLIN	YISETH	CORREA	PARRA	23	0		4		
12	PPT	1.170.596	ROSMAR	ANDREINA	SANCHEZ	TOVAR	20	0		4		
13	T.I	1.123.531.768	LAURA	MARIANA	MUÑOZ	ROJAS	16	0		4		
14	C.C.	1.072.190.371	YULIETH	ANDREA	PEREZ	CALDERON	18	0		4		
15	C.C.	1.006.798.929	HUBANY	YULIETH	GONZALEZ	RIVEROS	23	0		4		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	58	3	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	6/1/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ADRIANA TAPIERO CC 40.334.402.
Código CUENTAME UDS: 5000100028001. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DEJANDO HELLAS
Dirección UDS: CALLE 37C #41-53 B. SAN JOSE Teléfono UDS: 3103242583.

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						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	1.122.544.095	LIAM	MARTIN	FERNANDEZ	BALLESTEROS		1							I	A					I												2	2	
02	RC	1.121.988.182	AMELIA		YANEZ	MORALES		2							I	A				A		A				A								4	0	
03	RC	1.121.988.335	JOHAN	SEBASTIAN	POVEDA	PRADO		2							I	A				A		A				A								4	0	
04	CC	1.121.908.084	DALLANA	BRILLITH	MONTOYA	CASTAÑO	31	4							A	A						A				A								2	0	
05	CC	1.122.918.349	JEIDY	FRANCENY	OBANDO	CASTAÑO	21	6								A														A				4	0	
06	RC	1.122.945.527	ANGEL	SMITH	TORRES	TELLEZ		4							A		A			A						A								4	0	
07	RC	1.122.543.843	ASLY	NAHIARA	VILLARRAGA	SUAREZ		6							A					A						A								4	0	
08	RC	1.121.986.979	VALERI	MONSERRAT	MAGO	PEÑA		8							A					A		A				A								4	0	
09	RC	1.121.987.027	NAILY	CELESTE	SUAREZ			8							A					A		A				A								4	0	
10	RC	1.121.987.366	AXEL	JULIAN	NIETO	LUNA		6							A					A						A								4	0	
11	SD	1.121.988.294	JINETH	KAILANI	GONZALEZ	FONSECA		7									A					A					A				A			4	0	
12	RC	1.123.454.848	MIA	ANTONELLA	ARCINIEGAS	CARDENAS		8									I					A				A	A							4	0	
13	RC	1.029.971.814	ADHARA	SOFIA	VARGAS	LOPEZ		1									A					A					A							4	0	
14	RC	1.121.988.312	ELIAM	DAVID	RIASCO	QUINTERO		1									A					A								A				4	0	
15	CC	1.123.431.817	YISSE	NATALIA	FONSECA	PEREZ	20	7									A					A								A				4	0	
16	RC	1122544111	LIAM	SAMUEL	MARTINEZ	MONTOYA		0														I												0	2	
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	56	4	

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

COORDINADOR(A) EA

Adriana Tapiero
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA AYALA TOVAR
Código CUENTAME UDS: 500010000322
Dirección UDS: MZA 42A CASA 10 MADRID

Centro Zonal UNO
CC 1.121.843440.
Municipio: VILLAVICECNIO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DESCUBRINDO TALENTOS
Teléfono UDS: 3187434018

Hoja 1 de 1

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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1.121.943.308	ERIKA	YASMIN	BOLAÑOS	MENDEZ	28		A I A / A I / A / A					3	0	
02	CC	1.120.006.048	YERLI	PAOLA	SEGURA	PEREZ	20		A A / I / I					7	2	
03	TI	1.029.962.977	YENIFER	DAYANA	FIERRO	ORJUELA	14		A / A / A A					3	0	
04	CC	1.121.834.720	KAREN	VANESA	MACHADO	LOAIZA	20		A / A A / A					3	0	
05	RC	1.122.543.906	JULIAN	DARIO	MORENO	GARZON		5	A / A A / A					3	0	
06	CC	1.127.056.231	ZARAIC	YELIBETH	TRIANA	HERNANDEZ	20		A / A / A					3	0	
07	RC	1.122.945.564	NAHOMI	ISABELLA	URREA	BARRERA		2	A / A A / A					3	0	
08	RC	1.234.796.228	JAHEL	ALEXANDER	VALERA	CELIS		1	A A / I / A					2	1	
09	CC	1.006.772.973	BRITHNEY	YINETH	CRUZ	HERRERA	23		A / A A / A					3	0	
10	CC	1.121.959.497	ALICIA	YERALDINE	INOCENCIO	VARELA	26		A / A / A A					3	0	
11	RC	1.234.796.250	ZIAM	ARLEX	GARCIA	ROMAN		1	I / I / A A					7	2	
12	CC	1.234.788.074	ANGELICA	MARIA	GUZMAN	PEÑA	28		A / A / A A					3	0	
13	CC	1.006.553.967	MARIA	PAULA	GONZALEZ	SUAREZ	23		A / A / A A					3	0	
14	RC	1.121.987.435	NERE	GABRIEL	MUÑOZ	RODRIGUEZ		6	A / I / I					7	2	V
15	RC	1.121.987.999	MARIANGEL		CHACON	REY		3	I / I / A A					7	2	
16	CC	1.006824.994	Cheylan	Dayani	Ramirez	Delgado	22		/ / / A A					7	0	
17																
													TOTAL	37	9	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	10

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

1/06/2018

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCI FAMILIAR COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META (Centro Zonal VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA CUESTA CANSIMANSI CC 40341402
Código CUENTAM E UDS: 5000100022472 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DULCES SUEÑOS
Dirección UDS: CLL 68 N.44-26 PORFIA Teléfono UDS: 3132138955

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DE IDENTIFICACION	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	1234796143	MEDELENE	AILANY	CARDENAS	BERMUDEZ	0	4							A					A					A					A					4		
02	RC	1122945477	DAYLA	PAOLA	MOLANO	AVILES	0	6							A					A					I										3	1	
03	RC	1234796090	VICTORIA	SOPHIE	ZAPATA	ORTIZ	0	6							A				A	A					A										4		
04	RC	1121987610	LAURENTH	CAMILA	GARAY	ALFONSO	0	5							A				A	A					A										4		
05	RC	1234796176	THIAGO	KALETH	HERNANDEZ	SANCEHEZ	0	3							A					A					A					A					4		
06	RC	1029971791	DERECK	ISAIAH	CHAMORRO	MENDOZA	0	1								A					A					A									4		
07	RC	1234796134	LIAM	GABRIEL	ESPINOSA	VARGAS	0	4								A					A					A									4		
08	RC	1234796139	LIAM	ALEJANDRO	CORDERO	TIQUE	0	4								A					A					A									4		
09	RC	1234796194	ABBY	DAHIAN	AMAYA	RAMIREZ	0	3								A					A					A									4		
10	RC	1121988166	AHIANA	ISABELLA	ROA	GUTIERREZ	0	3								A					A					A									4		
11	CC	1234791089	CLAUDIA	YAQUELINE	CARVAJAL	VILLAMIL	26	0									A					A					A								4		
12	CC	1006950338	ANGELICA	MARIA	GARCIA		34	0									A					A					A								4		
13	CC	1052186494	YERLYS	PATRICIA	PINEDA	LOBO	25	0									A					A					A								4		
14	TI	1123804988	GERINE	VALENTINA	BOLIVAR	IRREÑO	17	0									A					A					I								3	1	
15	CC	1006771640	LAURA	XIMENA	NIETO	NAVARRETE	25	0									A					A					A								4		
																																	TOTAL	58	2	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 860.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO 5000100028824
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE A HCB FAMIAR
SER FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MONICA ARIAS CC 42791273
Código CUENTAME UDS: 5000100000478 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención EL AMISTOSO
DIRECION CL 14 A 42 09 ESTE SAN ANTONIO Teléfono UDS: 3 2 0 8 9 0 8 4 3 6

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.253.258.816	JUAN	DAVID	NOVOA	PUERTA		1		3	1	
02	RC	1.123.455.007	CAMILO	SEBASTIAN	DIAZ	ACOSTA		4		4	0	
03	RC	1.244.828.790	DYLAN	SANTIAGO	VELASQUEZ	GIRON		1		3	1	
04	CC	1.121.907.503	MARIA	YULIANA	VALENCIA	MARIN	32			2	2	
05	CC	40.343.128	MAIRA	ALEJANDRA	ESTRADA		39			4	0	
06	RC	1.244.828.741	ASHLEE	VICTORIA	DIAZ	GARCIA		3		4	6	
07	RC	1.244.828.737	EMMANUEL	GAEL	REYES	PEÑA		3		4	0	
08	CC	1.121.908.763	NELCY	DANIELA	VELASQUEZ	SEPULVEDA	31			2	2	
09	CC	1.121.930.720	LETICIA		MOLINA	PEREZ	40			4	0	
10	RC	1.122.543.916	PABLO	EMILIO	MARTINEZ	CRUZ		5		4	0	
11	RC	1.244.828.783	ANTHONY	GAEL	RUBIANO	MONTOYA		1		3	1	
12	RC	1.029.971.822	DYLAN	ALEJANDRO	FALLA	ISARRA		1		2	2	
13	RC	1.123.455.085	DANNA	LUCIA	GONZALEZ	VALENCIA		1		2	2	
14	CC	1.069.901.494	RUBIELA	TATIANA	PASTRANA	REYES	26			4	0	
15	CC	1.121.879.705	YESICA	LORENA	HERNANDEZ	GUALTEROS	33			3	1	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	48	12	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Monica Arias
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000632024
MES JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD: FAMI BIENVENIR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CAMILA BARON LINARES CC 40388095.
5000100028810.
Dirección UDS: CL 39 46-04 LIBERTADORES Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención EL CARIÑOSO Teléfono UDS: 3114522360

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						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	CC	1.029.982.170	RUBI	ESMERALDA	PASCUAS	FONSECA	19	6						A	A				A	A				A	A								4		
02	RC	1079971715	MARIA	JOSE	CASTRO	PARDO		2						A	A				A	A				A	A								4		
03	R.C	1122945532	MARIA	VICTORIA	URREGO	TORRES		3						A	A				A	A	A			I	I								3	1	
04	R.C	1121987858	AXEL	ADRIANN	MAGO	GONZALEZ		3						A	A				A	A				I	I								3	1	
05	CC	1.006.773.958	ROCIO	YERALDIN	ROBERTO	RIVERA	26	5						A	A				A	A				A	A								4		
06	R.C	1121986632	ALAIA	CRISTINA	FANDIÑO	AGUIRRE		9						A	A				I	I				I	I	A							2	2	
07	R.C	1121986801	YORMAN	ENRIQUE JULIAN	AGUIRRE	MONTAÑA		7						A	A				A	A				I	I		A						3	1	
08	RC	1121986878	LIAN	SAMUEL	MORENO	GARCIA		8						A	A				A	A				A	A								4		
09	RC	1.123.455.080	JUAN	FELIPE	FABRA	GUTIERREZ		1							I	A				I					A								2	2	
10	R.C	1.123.454.979	MIA	SAMANTHA	BEDOYA	ALVAREZ		4							I					A				A	A								3	1	
11	RC	1.121.988.342	LIAM	ESTEBAN	SUSA	RODRIGUEZ		1							A					I					A								2	2	
12	R.C	1121987021	JOSE	MIGUEL	GARCIA	RODRIGUEZ		7							A					A				A	A								4		
13	T.I	1.018.440.614	EMILI	SHARITH	GUTIERREZ	ROBERTO	16	7						A					A					A			A						4		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
																																TOTAL	4	2	10

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

COORDINADOR(A) EA

Camila Baron L
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCIA MORENO CRUZ CC 40394622
Código CUENTAME UDS: 5000100000480 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención EL PRINCIPITO
Dirección UDS: CALLE 22 C SUR 16 C 15 ESTE LA CAROLINA Teléfono UDS: 3118396757

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1,006,874,540	ANGIE	TATIANA	SANCHEZ	GIRALDO	24		A A A A	4		
02	CC	1,013,636,181	LAURA	YORELY	LOPEZ	ENCINOSA	33		A A A A	4		
03	CC	1,121,958,411	ANDREA	LUCIA	GUARNIZO	RODRIGUEZ	27		A A A I	4		
04	RC	1,244,828,808	KEVIN	GEOVANNY	OSPINA	TORRES		0	I I I I	1	3	
05	RC	1,244,828,807	STEBAN	FERNEY	OSPINA	TORRES		0	I I I I	1	3	
06	RC	1,193,092,325	JASBLEIDY	DANIELA	HERRERA	LEMUS		22	A A A A	4		
07	RC	1,122,544,049	NIKOL	SOFIA	IBAÑEZ	RODRIGUEZ		1	A A A A	4		
08	RC	1,123,455,015	LAYHAN	GUSTAVO	PEÑA	HERRERA		4	A A A A	4		
09	RC	1,016,611,070	DAPHNY	LAURELL	PLATA	ECHAVARRIA		4	A A A A	4		
10	RC	.1123824767	LOGAN	SAID	DURAN	VALENCIA		5	A A A A	4		
11	RC	1,123,824,717	MATEO	JAVIER	RAMOS	OLIVEROS		5	I / /		1	
12	RC	1,244,828,677	ANTHONELLA		MUNEVAR	ALFONZO		5	A A A	4		
13	RC	1,029,971,428	LUNA	CELESTE	TORRES	BERMUDEZ		8	A A A A	4		
14	RC	1,123,824,573	HELLEN	SOFIA	DIAZ	ACUÑA		8	A A A A	4		
15	RC	1,121,961,912	ANTONELLA		SOSA	GUTIERREZ		10	A A A A	4		
16	RC	1122945575	SARAI	NAHARO	AVILA	LUNA		7	I A		1	
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	50	8	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Lucia Moreno Cruz
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122- 6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): AURA ALICIA MORALES BECERRA CC 40390400
Código CUENTAME UDS: 5000100085501 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL RINCON DE LA ALEGRIA
Dirección UDS: CALLE 25 D N° 23 A 106 SIMON BOLIVAR Teléfono UDS: 3204993633

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.		NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA:	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1121887532	ESTEFANIA		HERRERA	GONZALEZ	33	2		A	AA	A		4		
02	CC	1121955100	DIANA	MARCELA	VARGAS		26	11		A	A	AA		4		
03	CC	1121988374	EMIR	DAVID	FLORES	BELTRAN	0	1		A	A	AA		4		
04	CC	1123825057	EVELYN	ALEJANDRA	PARDO	GUALTERO	0	1		A	A	AA		4		
05	CC	1029971770	ETHAN	SAMAEL	SIERRA	VARGAS	0	1		AA	A	A		4		
06	CC	1122544060	DYLAN	SANTIAGO	MARTINEZ		0	1		A	AA	A		4		
07	RC	1029971733	IAN	SANTIAGO	BABATIVA	CARDENAS	0	3		A	A	AA		4		
08	RC	1121988021	TAMMY	MAHIA	TORO	UMAÑA	0	3		I	A	A		3		
09	RC	1121987838	EMILIO		RESTREPO	MORALES	0	3		A	AA	A		4		
10	RC	1121987795	ANDRES	EMILIANO	LATORRE	GUARNIZO	0	4		AA	A	A		4		
11	RC	1123454989	ARIANA	CELESTE	PEÑUELA	MARIN	0	4		AA	A	A		4		
12	RC	1253258614	ADHARA	VALERIA	LOPEZ	ROMERO	0	5		AA	A	A		4		
13	RC	1122543862	MATEO		SALDARRIAGA	SANCHEZ	0	5		A	A	AA		4		
14	RC	1121987281	MARTIN		PARRA	MELO	0	6		A	AA	A		4		
15	RC	1253258568	DULCE	VICTORIA	PAEZ	CAMACHO	0	6		A	A	A		4		
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL 59

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN CC
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA PATICIA BELTRAN C CC: 40391193
Código CUENTAME UDS: 5000100024771 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención FAMI DEJANDO HUELLAS
Dirección UDS: CALLE 20 # 11 - 47 CAMELIAS Teléfono UDS: 3115390568

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.253.258.823	ANGEL	MATHIAS	GOMEZ	GONALEZ		1		3	1	
02	RC	1.121.988.362	GABRIELA	LUCIA	CALA	PINZON		1		2	2	
03	RC	1.121.988.330	EITHAN	ANDRES	PARDO	BAQUERO		1		4		
04	RC	1.122.544.028	HELLEN	MARIAM	MORALES	CUETO		2		4		
05	RC	1.029.971.775	NAOMY	ISABELLA	TORRES	MUÑOZ		2		4		
06	RC	1.123.455.058	EMELY	SOFIA	GONZALEZ	CHANTRE		2		4		
07	RC	1.121.988.129	EIMY	LUCIANA	MAYORGA	LOPEZ		2		4		
08	RC	1.029.971.720	LIAM	GAEL	POMBO	MARTINEZ		3		4		
09	RC	1.253.258.719	EIMY	CELESTE	LOVERA	RINCON		3		4		
10	RC	1.121.987.860	EITHAN	MATEO	RUBIANO	HERNANDEZ		4		4		
11	CC	1.121.957.400	LIBY	JHOANA	CHANTRE	VARGAS	27			4		
12	CC	1.234.789.051	JHOANA	DANIELA	MORA	LUNA	28			4		
13	CC	1.006.858.938	JULIANY	ANDREA	HERRERA	ZAMORA	22	9		4		
14	CC	1.121.899.829	DIANA	PAOLA	MARTINEZ	TARACHE	32	11		4		
15	CC	1.121.943.437	NOHEMY	PATRICIA	LEIVA	BELTRAN	28	6				
16	RC	1123825172	JUAN	MARTIN	CASTRO	LEIVA		0		2	2	
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	55	5	

Verificación De Cobertura

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

SANDRA BELTRAN

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DERLY ALEXANDRA HERRERA CC: 40398404
Código CUENTAME UDS: 500010028060 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRESITAS
Dirección UDS: CLLE 6 No 28-25-27 COMUNEROS Teléfono UDS: 3214991749

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																													
01	C.C	1.123.803.993	LINA	MARIA	BULLA	LUNA	18	10									A			A		A				A							4		
02	R.C	1.121.988.261	IAN	GAEL	ROMERO	PIRIACHE	0	1							A					A	A				A								4		
03	R.C.	1.122.945.555	SAMUEL	STEVEN	REY	AVILA	0	2							A					A					A								4		
04	R.C	1.123.825.045	ALAHIA	GABRIELA	MORALES	SANCHEZ	0	1								A					A					A			A					4		
05	C.C.	1.124.827.099	CAROLINA		LOZANO	ALARCON	30	5							A		A			A					A								4		
06	C.C.	1.006.820.417	CAMILA	ANDREA	ECHAVARRIA	LLANOS	25	2							A		A				A					A								4		
07	R.C	1.123.825.109	VALERY		IBARGUEN	ROMERO	0	0							I					A					A/								3	1	
08	R.C.	1.121.988.239	LIAM	MATEO	SAMBRANO	MEZA	0	2								A					A					A								4		
09	R.C.	1.121.987.775	NOAH	GAEL	LADINO	SALCEDO	0	3									A					A	A				A								4		
10	R.C.	1.123.455.017	DULCE	MARIA	BALLESTEROS	RODRIGUEZ	0	2									A	A				A					A								4		
11	R.C	1.121.987.325	CHRISTOPHER	ELIAM	PIRIACHE	VELANDIA	0	5							A					A	A				A									4		
12	R.C.	1.122.543.834	MIA	ISABELLA	OLIVERO	DIAZ	0	6								A					A					/	/	/	/						2		
13	C.C	1.121.891.077	JENNY	PAOLA	BERMUDEZ	TURRIAGO	34	11								A					A					A	A								4		
14	C.C	1.121.900.407	MONICA	YUELI	VILLALBA	CHAVEZ	32	8								A					A	A				A									4		
15	T.I	1121869850	SHARON.	SADAY	PULIDO	ARDILA	17	7																		A									2		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL		

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	6/1/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO:
MES JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN: GOTICAS DE AMOR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ALIX ANDREA SANCHEZ GARICA CC 40343144
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención GOTICAS DE AMOR
Dirección UDS: CALLE 30 No. 26-09 B. PORVENIR Teléfono UDS: 3156144398

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	31359406	NAZARETH	DE JESUS	PULIDO	PULIDO	19	7					
02	CC	31.754.339	ROSANIA	DEL CARMEN	HEREDIA	PULIDO	21	7					
03	CC	1029971856	MICHEL	SOFIA	MEJIA	VERA	0	1					
04	CC	1029971858	KARIANNYS	MELISA	MEJIA	VERA	0	1					
05	CC	1029971857	YEREMI	MATHEO	MEJIA	VERA	0	1					
06	RC	1.122.544.032	CARLOS	NICOLAS	NUÑEZ	ALVAREZ	0	1					
07	RC	1.123.825.064	CHLOE	ISABELLA	GUEVARA	ALVAREZ	0	1					
08	RC	1029971831	ALANNA	ITZAE	SALAVARRIETA	BAQUERO	0	1					
09	RC	1.121.987.767	PAULA	JOHANA	MANRIQUE	MANRIQUE	0	2					
10	RC	1.121.987.798	EMILY	SARAY	PEREZ	IDROBO	0	1					
11	RC	1.123.825.075	EMILY	SAMARA	SOLER	ANGULO	0	1					
12	RC	1123825113	GEORGE	GERONIMO	MORA	ALVIRA	0	1					
13	CC	1.121.853.392	BLANCA	ROSSIO	ROJAS	YATE	36	0					
14	CC	1.122.510.049	MARIA	FERNANDA	CASAS	BONILLA	20	0					
15	CC	1.121.892.918	SHIRLEY		URREGO	OSPITIA	32	10					
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													

TOTAL 60 0

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DELLANETH MORERA ALONSO CC 3[illegible] 263 055
Código CUENTAME UDS: 5000100127956 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención HCB FAMI MANITAS CREATIVAS
Dirección UDS: CALLE 27 5 A 414 VILLA DEL SOL Teléfono UDS: 320 452 15 69

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		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	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1121936031	CARMEN	PATRICIA	AVILA	CASTAÑEDA	28	11			4		
02	CC	1121954098	DAMARIS	ASTRID	ARDILA	AREVALO	27	6			4		
03	CC	1006661887	YELSY	DAYANA	GONZALEZ	CALDERON	24	5			4		
04	CC	1121877498	NATALY		MARTINEZ	GUERRA	34	1			4		
05	CC	1013689072	ZULAVI		MARIN	CEBALLOS	24	0			4		
06	CC	1022386395	ANGELA	MILENA	CASTRO	LOPEZ	32	1			4		
07	CC	1121963048	PAULA	MARITZA	CUENCA	VACCA	26	1			4		
08	RC	1122544069	DIKXON	SNEIDER	ROMERO	MARTINEZ		0			1	3	
09	RC	1122544057	ANA	SALOME	PERILLA	GRIMALDO		0			1	3	
10	RC	1028625428	JOSEPH	YARED	RODRIGUEZ	MAAMARI		2			2	2	
11	RC	1121988353	KEINER	MATTEO	CRUZ	CABRERA		1			4		
12	RC	1121988307	EMILIA		LARA	BURGOS		1			1	3	
13	RC	1253258758	MAHIA	CELESTE	CAICEDO	VARELA		1			1	3	
14	RC	1121987444	MAXIMILIANO		LEAL	GARZON		5			4		
15	RC	1121987415	ALAHIA	SOFIA	MEDINA	ROJAS		5			4		
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	46	14

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

COORDINADOR(A) EA

Dellaneth Morera
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/08/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HOB PORFIA 3
Nit: 800 149 122- 6 NUMERO DE CONTRATO: XXXXX2024
MES: JULIO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: Fap

IDENTIFICACION: OCAD 7 Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (A): DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES CC: 40334274
Codigo CUENTAME UDS: 500010012436 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad(es) Atendida(s): EL RINCON DE LUNA
Direccion UDS: A USA 254 90 54 C 250 18 33 DOS ML Telefono UDS: 3000000000

Nro 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)		CAUSA DE RETIRO
				SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	1029971855	VICTORIA	GRACE	MONTOYA	BELTRAN	0	1		4	
02	CC	1121886004	CARMEN	TATIANA	QUIÑONES	ISAZA	35	11		4	
03	RC	1121988536	SAMUEL	STEVEN	DIAZ	LONDOÑO	0	1		4	
04	CC	1123825152	ABBIE	SAMANTHA	MARTINEZ	ROJAS	0	1		4	
	RC	1121988365	LIAM	SANTIAGO	CUINTACO	SOLANO	23	7		4	
	RC	1121987853	ABBY	LUCIANA	SANCLEMENTE	RONDON	0	4		4	
06	RC	1122543857	ABBY	SOFIA	HERRERA	SALGADO	0	2		4	
07	RC	1253258522	ANTONELLA		MORA	SANCHEZ	0	4		4	
08	RC	1121987391	DULCE	MARIA	DIAZ	BEJARANO	0	6		4	
09	RC	1123454917	MIA	ISABELLA	TELLEZ	NIÑO	0	5		4	
11	RC	1123825051	LIAM	SANTIAGO	GALLARDO	REY	0	2		4	
12	RC	1121988158	LAHIAM	ALEJANDRO	SIERRA	MEJIA	0	2		4	
13	RC	1122543818	AARON		GONZALES	GALIANO	0	3		4	
14	RC	1122543818	EVELIN	SOFIA	BEDOYA	ROJAS	0	5		4	
15	RC	1121987741	ALAN	ANDRES	PARRADO	CASTRO	0	3		A	
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 60

Verificacion De Cobertura:	[redacted]	13
		0
		2

COORDINADOR(A) EA

40.334274
RESPONSABLE DE GRUPO

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800,143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY MARCELA CERPA MENDEZ CC 1 0 8 2 8 3 7 2 3 3
Código CUENTAME UDS: 5000100023855 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LA ALEGRÍA
Dirección UDS: CRA 9 ESTE 12 SUR 12 VALLES DE ARAGÓN Teléfono UDS: 3 0 1 2 2 0 3 3 2 6

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1244828628	AYLIN	LUCIANA	MEDINA	GOMEZ	0	8			3		
02	RC	1123454869	LEONEL	DAVID	REINA	RODRIGUEZ	0	7			3		
03	RC	1121886930	LIONEL	MATHIAS	MARTINEZ	CHAVISTA	0	7			3		
04	RC	1121987384	ANTONELLA		MARTINEZ	BONILLA	0	6			3		
05	RC	1123454940	IAN	MAXIMILIANO	DIAZ	FRANCO	0	5			3		
06	RC	1121987445	ANGEL	DAMIÁN	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	5			3		
07	RC	1244828704	THIAGO	ANDRES	GUEVARA	CAMPERO	0	5			3		
08	RC	1121987885	CHRISTOPTHER	GAEL	MARTINEZ	NAVARRO	0	3			3		
09	RC	1244828734	LYA	EVANGELINE	PULIDO	GUTIERREZ	0	2			3		
10	RC	1244828744	PEDRO	JOSUE	AVELLANEDA	CAÑÓN	0	2			3		
11	RC	1122945549	EMILY	ANTONELLA	SAAVEDRA	RAMIREZ	0	2			3		
12	CC	1121905648	DIANA	CAROLINA	CONTENTO	NIÑO	31	6			3		
13	CC	1010040813	LAURA	CAMILA	DAVILA	SOTO	31	6			3		
14	RC	1121988492	EMMA	SARAY	BARRETO	ROMERO	0	0			2	1	
15	CC	1099302161	ALEXANDRA	KATHERIN	IBAÑEZ	SANCHEZ	19	11					R
16	RC	1244828824	Maria	Gabriela	Cortes	Ibañez	0	0			1	2	
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	42	3

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Leidy Cerpa Mendoz.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000653202 4

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1

Regional: META Centro Zonal Municipio: VILLAVICECNIO

Nombre Agente Educativo (a): SULLY GUTIERREZ CC_1121816825

Código CUENTAME UDS: 5000111190 21 Nombre Unidad de Servicio/ Uridad de Atención: LA ALEGRIA DE VIVIR

Dirección UDS: SECTOR 2 MZ 11 CASA 21 Teléfono UDS: 3203832497

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		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1029971730	ANGEL	GAEL	DIAZ	JUEZ		3				
02	RC	1121988398	ISABELLA		MARIN	ROMERO		1				
03	RC	1121988048	MATHIUS		ORTIZ	ARIAS		3				
04	CC	1068930034	CAROLINA		BAYONA	ORTIZ	28					
05	RC	1121987916	EMMA		LUCAS	BARRIOS		3				
06	RC	1029971849	EMMA	DARIANA	GARABITO	LEON		1				
07	RC	1121988187	MIA	CELESTE	TORRES	MOSQUERA		3				
08	RC	1121988274	ERICK	SAMUEL	BENITEZ	MORENO		2				
09	CC	1121922425	NEIDY	YULIETH	SANCHEZ	ZAPATA	31					
10	CC	1006877648	MARIA	JOSE	OSORIO	CORTES	24					
11	RC	1121988479	ARIAN	YARED	ALONSO	GUTIERREZ		1				
12	CC	1121916593	YURY	LIZETH	GALLEGO	ZAPATA	31					
13	RC	1121987608	SARA	VALENTINA	SANCHEZ	MURCIA		5				
14	RC	1121988589	LIAN	EMMANUEL	MELO	TABARES		1				
15	CC	1006795929	JASBLEIDY		CARDENAS	ABROL	22					
16												
17												
18												
19								9				
20												

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	10

COORDINADOR(A) EA

Sully Gutierrez

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LIZETH VIVIANA SANCHEZ CC 1 1 2 1 8 9 1 9 4 4
Código CUENTAME UDS: 500010002801S Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA CASITA DE MICKEY MOUSE
Dirección UDS: CL17SUR#10-34ESTE VILLA MELIDA Teléfono UDS: 3 0 4 1 1 5 9 8 9 7

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	C.C	1.121.956.601	ANGIE	JOHANA	TRUJILLO	LOPEZ	26	11		A A	A	A		4		
02	C.C	1.121.953.053	YULIANA		GUAYABO	DIAZ	20	11		A A	I	I		2	2	
03	C.C	1.123.825.135	AURA	NOHOMI	BETANCOURTH	BARRERA		0		I A	I	I		1	3	
04	R.C	1.122.544.045	EVELYN	AITANA	PEREZ	PEÑA		2		A	A A	A		4		
05	R.C	1.123.455.035	AMAIA	CELESTE	CEBALLOS	VILLAMIL		3		A	A A	A		4		
06	R.C	1.123.824.940	AILANI	LUCIANA	QUINTANA	GUTIERREZ		4		A	A A	A		4		
07	RC	1.244.828.748	DAPNE	SARAY	DIAZ	RAMIREZ		4		A	A	A		4		
08	R.C	1.121.987.816	DARA	CELESTE	SARMIENTO	GALVIS		5		A	A	A		4		
09	R.C	1.029.971.641	ASHLEE	VICTORIA	ANDRADE	GUTIERREZ		5		A	A A	A		4		
10	R.C	1.121.987.500	THIAGO	EMILIANO	VELIZ	ALVAREZ		5		I	I	A A		2	2	
11	R.C	1.121.987.636	KAROL	STEFANNY	ARDILA	ENCISO		5		I A	I	A A		3	1	
12	R.C	1.122.543.828	MIA	SALOME	GONZALEZ	GRANADOS		7		A	A	A H		3	1	
13	R.C	1.122.945.441	MARTIN	SANTIAGO	RONCANCIO	CALVO		9		A	A	I A		3	1	
14	R.C	1.029.971.389	EMY	LUCIANA	USAQUEN	VARGAS		10		A	I	A A		3	1	
15	R.C	1.244.828.630	HANNA	MARIA	OSORIO	VELASQUEZ		10		I	A	A A		3	1	
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	48	12	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN HOJA 1 DE 1
REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO - UNO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (A): LUZ DARY PABON LEAL CC: 40392205
CÓDIGO CUENTAME UDS: 5000100023839 NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO/ UNIDAD DE ATENCIÓN: LA SAGRADA FAMILIA
DIRECCIÓN UDS: CRA 37 N° 23 – 19 SAN BENITO TELÉFONO UDS: 3213860017

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 DEL RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	R.C	1123825050	MARIA	DANEIDY	LIEVANO	HURTADO		2			3	0	
02	R.C	1121988076	MAXIMILIANO	DAVID	GARCIA	ZULETA		2			3	0	
03	R.C	1123824969	EILEEN	ALANNA	ARIZA	GARCIA		2			3	0	
04	R.C	1121987851	BELLA	ANTONELLA	CRUZ	MOLANO		3			3	0	
05	R.C	1121987827	MARIA	FERNANDA	SALINAS	HERNANDEZ		3			3	0	
06	R.C	1253258631	MIGUEL	ANGEL	VELEZ	NIETO		4			3	0	
07	R.C	1123454956	LIAM	ANDREY	DONCEL	SERRANO		5			3	0	
08	R.C	1122945470	DANNA	LUCIA	AGUDELO	DOMINGUEZ		6			2	1	
09	R.C	1122543816	LIA	ISABELLA	LADINO	SACHICA		6			2	1	
10	C.C	1006797859	NINFA	MAYERLY	URREA	RODRIGUEZ	24				3	0	
11	C.C	1006828346	CAROLAIN	TATIANA	VIZCAINO	SOSA	27				3	1	
12	C.C	1007794351	LUZ	AMPARO	SALAMANCA	CAICEDO	27	3			4	0	
13	C.C	1121948976	ALIX	ANDREA	ANGEL	HERNANDEZ	27	7			3	1	
14	C.C	1115917470	DAYANNA	NICOLE	CUELLAR	CASTAÑEDA	28				3	1	
15	C.C	1121877827	RUTH	DE VIVIANA	FONSECA	ROZO	34				4	0	
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	45	5	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Luz Dary Pabón Leal
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800,143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YERSY MARCELA GOMEZ CC 1 1 2 1 8 4 0 1 6 3
Código CUENTAME UDS: 5000100134227 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LAS BELLAS
Dirección UDS: MANZANA M CASA 2 Teléfono UDS: 3 1 3 4 1 2 6 2 4 9

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			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	CC	1006723474	MARIA	DEL PILAR	AGUDELO	REY	23								A	A					A						A							4		
02	CC	1.121.849.670	MAIA	ALEJANDRA	SUESCUN	SILVA	18								A		A				A						A							4		
03	CC	1234792615	TATIANA	ANDREA	AGUILAR	TORO	25								A			A			A						A							4		
04	CC	1006856087	KAREN	SHIRLEY	DAZA	GARZON	25								A					A	A						A							4		
05	SD		AYSEL	NOEMMY	BARRAGAN	AGUDELO		0							I					A	I						A							2	2	
06	CC	1006777877	JULIETH		REYES	MELO	24									A						A	A				A							4		
07	RC	1121988474	SAMIR	YAEL	CARO	TIVOLI		0								A				A		I					A							3	1	
08	RC	1244828792	EYTHAN	SAMIR	HERNANDEZ	MOSQUERA		1								A						AA					A							4		
09	RC	1244828739	BRAYAN	JESUS	CABARICO	SANCHEZ		3								I					A	I					I							1	3	
10	RC	1123455021	EIMY	LUCIANA	RIVEROS	RUEDA		3								I						I					I	A						1	3	
11	RC	1244828809	WILLIAM	FELIPE	PEDRERO	TOBAR		0									I						I				A	I						1	3	
12	CC	1006875364	ANGIE	VANESSA	GALVIS	FLOREZ	24										A						I					A						3	1	
13	CC	1121933531	LUZ	EDID	TOTENA	CASTRO	29										A						A					A						4		
14	RC	1121987870	LIZETH	THALIA	VALENCIA	MANCERA		4									A						A					I						3	1	
15	RC	1121987034	EMILY	NAHOMI	CORREA	GONZALEZ		7									A						A					A						4		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL

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:	8

COORDINADOR(A) EA

Yersy Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/6/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN 35261952
Regional: META Centro Zonal: VILAVICENCIO Municipio: VILLAVICECNIO
Nombre Agente Educativo (a): ADRIANA NIETO CUBILLOS CC: 35261952
Código CUENTAME UDS: 5000100021801 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CHIQUITINES
Dirección UDS: CLL 39#18B58 LA FLORENCIA Teléfono UDS: 3135920309

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																													
01	T.I	1119889588	GINA	LIZETH	NAVARRO	SANTANA	15	09						A					A					A					A					4		
02	CC	1026300900	HELEN	NICOL	VELASQUEZ	GONSALEZ	28	05						A	A				A					A										4		
03	CC	1125553069	VIKY	TATIANA	JAIMES	RIAÑO	27	05						A		A			A					A										4		
04	CC	1121886586	RAIZAL	LEHANID	CAÑON	VEGA	33	03						A			A		A					A										4		
05	CC	1006877021	JENNY	PAOLA	DIAZ	HERNANDEZ	21	11						A					A	A				A										4		
06	CC	1006774594	LINA	MAYERLY	VARGAS	PERALTA	22	01									A		A	A					A									4		
07	TI	1121711301	GINETH		GARCIA	GONZALEZ	17	08									A		A		A				A									4		
08	CC	1121891857	LAURA	MICHELL	ROA	VIRGUEZ	19	05									A				A	A			A									4		
09	CC	1121959163	GERLY	YURLEY	JIMENEZ	RODRIGUEZ	26	07						A			A				A				I									3	1	
10	SD	1121988601	MARIA	PAZ	LEAL	VERA	00	00									I		A		I				A									2	2	
11	RC	1121988507	EIMY	GICEL	VELASQUEZ	CASALLAS	00	00										I	A			A				A									3	1	
12	RC	1121988413	DERIAM	ANDRES	MORALES	RONDON	00	01										A				A			A	A									4		
13	RC	1122945569	LIAM	MATEO	PAREJA	FUENTES	00	01										A				A			A	A									4		
14	RC	1121987891	ERICK	SMITH	BELTRAN	HOLGUIN	00	03										A				A				A			A						4		
15	RC	1123454922	EYTHAN	DAMIAN	SANCHEZ	CUBILLOS	00	06										A				A				A			A						4		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	56	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	11

COORDINADOR(A) EA

Adriana Nieto C
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	1/06/2018
	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 809.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000853202 4
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY JOHANNA TORRES AMAYA CC 40.334.935
Codigo CUENTAME UDS: 5000100021740 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS GIRASOLES
Dirección UDS: CLL 39A # 7C-21 BRR MANANTIAL Teléfono UDS: 3123409048

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1.023.956.933	GILMA	PAOLA	MEJIA	VERA	28	7			4		
02	C.C	1.121.966.067	MONICA	LILIANA	RAMIREZ	GARCIA	25	10			4		
03	C.C	1.006.825.789	KAREN	ALEJANDRA	AVILA	AGUDELO	21	11			4		
04	R.C	1.122.543.976	MIA	ISABELLA	VELASQUEZ	MANCIPE	0	3			4		
05	RC	1.121.988.058	DOMINICK	MATHIAS	VERGARA	CASTAÑEDA	0	2			4		
06	RC	1.029.971.756	DANNA	ISABEL	ZAMBRANO	CAMACARO	0	2			4		
07	R.C	1.121.987.747	ISAAC		SARMIENTO	ESCALANTE	0	4			4		
08	R.C	1.121.987.689	ADARA	SOFIA	ROBAYO	CUAURO	0	4			4		
09	R.C	1.121.987.628	JOHANI	ANDRES	RESTREPO	CULMA	0	4			4		
10	R.C	1.121.987.546	MAITE	ALEJANDRA	AMAYA	ALBA	0	5			4		
11	R.C	1.121.987.402	JUAN	DAVID	SANABRIA	RUIZ	0	5			4		
12	R.C	1.121.987.619	ERIK	GAEL	RUBIANO	VALVUENA	0	5			4		
13	R.C	1.122.543.960	ITZAMARAY		MARQUEZ	RUIZ	0	2			4		
14	R.C	1.121.987.901	JOSE	ALEXIS	RODRIGUEZ	VERA	0	3			4		
15	R.C	1.123.824.985	JADE	CATALEYA	IBARRA	DUARTE	0	2			4		
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL 60	0	0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

LEIDY TORRES
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 806.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000632824
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: 40397573 CC-RC-TI CEDULA Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCILA GUERRERO FUENTES CC: 40397573
Código CUENTAME UDS: 500100115973 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MANITOS ENCANTADAS
Dirección UDS: CALLE 43 A ESTE 13-50 BARRIO PORTALES DEL LLANO Teléfono UDS: 3208469268

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.234.796.093	MARIAN		ULCUNCHE	VEGA	0	5							A				A	A					A									4		
02	RC	1.029.971.797	MIA	ADHARA	AGUILAR	SOSA	0	1							A					A					A	A									4		
03	RC	1.122.945.529	ASHLY	VANESA	ESCOBAR	SALAZAR	0	2							A					A	A				A										4		
04	RC	1.122.543.942	AARON	JOEL	RODRIGUEZ	RUBIO	0	2							I			A		I					I										1	3	
05	RC	1.123.454.966	MIA	LUCIANA	ACEVEDO	ROZO	0	4							I	A				I					A										2	2	
06	RC	1.121.988.199	KENDRICK	LISSANDRO	TRIANA	CORTES	0	1								I					A					A			A						3	1	
07	RC	1.122.543.891	ELIAN	SANTIAGO	MORENO	MELO	0	5								A					A					A	A								4		
08	C.C	1.003.556.593	ANA	MARIA	ZAPATA	ROJAS	23	4								A				A	A					A									4		
09	CC	1.121.930.074	CAMILA	ANDREA	VARGAS	ACEVEDO	29	6								A					A				A	A									4		
10	RC	1.121.988.368	SARA	VICTORIA	ROJAS	HERRERA	0	1								I					A					A				A					3	1	
11	RC	1.253.258.814	ERICK	JHOAN	RODRIGUEZ	CAÑAVERAL		1									I			A		A				A									3	1	
12	CC	1.029.982.541	ANGIE	DANIELA	IBARGUEN	SANCHEZ	18	3									A					A				A			A						4		
13	CC	1.121.854.018	EPIFANIA		GAMEÑA	CABARTE	40	2									I					I														2	
14	C.C	1.121.869.610	ROSA	MARIA DE LOS ANGELE	BORRERO	GARCIA	34	8							A		A					I					I									2	2	
15	C.C	1.121.947.342	LINA	YURLEY	REYES	GOMEZ	27	11									A			A		I					A									3	1	
16	Rc.	1029971885	Nahum		López	Gameña																							A							2		
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																			TOTAL	47	13	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Asociación de HCB Porfia 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO CC: 40328636
Código CUENTAME UDS: 5000100000458 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI HUELLITA
Dirección UDS: CR 34 N 23-67 SAN BENITO Teléfono UDS: 3133779941

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.121.987.495	ALANA		GOMEZ	PESCADOR	0	5							A					A					A					A				4		
02	RC	1.121.987.273	ILIAN	GAEL	VILLALOBOS	ORTIZ	0	6							A					A					A									4		
03	RC	1.122.543.837	ANAHY	DANIELA	GUTIERREZ	CASTAÑEDA	0	6							A					A		A			A									4		
04	RC	1.121.987.009	THIAGO	ALEXANDER	PEREIRA	PEDROZO	0	7							A					A					A									4		
05	RC	1.029.971.596	JEISSON		CONDE	VARGAS	0	4							A					A					A					A				4		
06	RC	1.122.544.094	ALIZHT	NAHOMY	REINA	VARGAS	0	0							I	A				I					A									2	2	
07	CC	1.007.449.215	YURLEY	EDITH	ROZO	CONDE	30	6							A					A					I									3	1	
08	CC	1.010.103.389	PAOLA	ANDREA	REYES	LOAIZA	24	11							A					A					A					A				4		
09	CC	1.121.958.001	MAYRA	ALEJANDRA	DIAZ	VILLALOBOS	26	9							A					I					I									2	2	
10	CC	1.121.881.497	SANDRA	LORENA	BELTRAN	AVILA	33	8							A					A					A									4		
11	RC	1.123.825.068	MATIAS		ALMEIDA	PEREZ	0	1								A	A				A					A								4		
12	RC	1.122.544.090	SHEILY	LUJAN	MORENO	VALLEJO	0	0								I				A	I					I								1	3	
13	CC	1.006.821.540	JENNY	PAOLA	PEREZ	MEJIA	27	9								A					A					A								4		
14	RC	1.122.945.610	ANGEL	EMILIO	GARZON	PARDO	0	0						A		I					I					A								2	2	
15	PPT	1872505	EUKARIS		RAMONES	ZAMBRANO	30	1								A					I					I		A						2	2	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	48	12	

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

COORDINADOR(A) EA

Sandra Viviana Vergara
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	1/06/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI

SERVICIO DE ATENCIÓN: MI PEQUEÑA LULU

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1

Regional: META Centro Zonal UIO. Municipio: VILLAVICECNIO

Nombre Agente Educativo (a): MARGARITA GARCIA BETANCOURT CC 40388077.

Código CUENTAME UDS: 5000100124540. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI PEQUEÑA LULU

Dirección UDS: CRA 26B NO 6A 56 Teléfono UDS: 3144536252.

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	REGISTRO CIVIL	1.121.987.672	ANA	MARIA	GUTIERREZ	MONDRAGON		5							A	A				A					A								4		
02	REGISTRO CIVIL	1.121.988.144	LEO	NOAH	PORRAS	SOLORZANO		3							A					A					A								4		
03	REGISTRO CIVIL	1.121.987.996	KHLOE	ADHARA	BLANCO	ULABARRI		3							A				4	A					A								4		
04	REGISTRO CIVIL	1.121.988.538	JARED	FELIPE	USURIAGA	GUTIERREZ		1							A				/	A					A								3		
05	REGISTRO CIVIL	1.253.258.696	VICTORIA		MONDRAGON	SERRANO		4							A				A	A					A								4		
06	REGISTRO CIVIL	1.121.987.671	ABBY	ANTONELLA	CASTAÑEDA	CASTAÑEDA		5							A	A										A							3		
07	REGISTRO CIVIL	1.121.987.939	ANDRES	KALETH	BERNAL	LINCE		4								A										A				A			3		
08	REGISTRO CIVIL	1.029.971.800	THIAGO	EMMANUEL	BAZAN	ALFONZO		2								A										A							2		
09	REGISTRO CIVIL	1.121.988.367	EITHAN	NARETH	USURIAGA	MEJIA		2								A										A							2		
11	CEDULA	1.007.910.679	LINA	MARCELA	JIMENEZ	CABRERA	23									A										A	A						3		
10	CEDULA	1.123.801.221	JAIDY	FAISULLY	HERRERA	PRIETO	19																				A		A				2		
12	CEDULA	1.029.981.360	ANA	SOFIA	ROJAS	LONDOÑO	20																		A		A						2		
13	CEDULA	1.121.945.398	MARICELA		ASCENCIO	CRIOLLO	19																				A		A				2		
14	CEDULA	1.121.822.981	MAIRA	ALEJANDRA	HENAO	ARIAS	21																			A	A						2		
15	CEDULA	1.121.897.812	MAIRA	LISETH	VARGAS	JIMENEZ	32																				A		A				2		

TOTAL 42

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

COORDINADOR(A) EA

Margarita García B

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES FAMILIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIA RIVERA CC: ##
Código CUENTAME UDS: 5.3001E+12 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI EQUEÑO MUNDO
Dirección UDS: CALLE 26 SUR#37c-31 GUATAPE II Teléfono UDS: ##

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1121988355	NICOLAS		VEGA	CABANERIO		11						3	1	
02	RC	1123825166	LIAM	SAMUEL	PLAZAS	ALBARRACIN		11						2	2	
03	RC	1029971758	JASLEY	ANTONELLA	PORTELES	LOZADA		2						3	1	
04	RC	1121987625	MIA	CELESTE	GONZALEZ	MUÑOZ		05						4		
05	RC	1121987642	MIA	VALERIA	GONZALEZ	MUÑOZ		05						4		
06	RC	1123455005	MAILIN	VERONICA	VILLAREAL	CANO		4						3	1	
07	CC	1007702996	KAREN	LORENA	MURCIA	TAPIERO	24							4		
08	RC	1029971861	SAMARA	ANTONELLA	CASTILLO	REYES		0						1	3	
09	CC	1121913969	LAURA	YURANIS	VILLADIEGO	RODRIGUEZ	30							4		
10	T.I	6218675	AMBERLY	JOSMARY	MARTINEZ	QUERALES	17							3	1	
11	CC	1010133644	MARLY	FAISULY	MECHE	MARQUEZ	25							3	1	
12	RC	1234976160	CRISTIAN	ALEXANDER	SANCHEZ	NIETO		4						4		
13	RC	1121987462	THIAGO	ANDRES	TRIVIÑO	BELTRAN		5						3	1	
14	RC	1121987990	VALOLED	AILHEN	VARGAS	RINCON		3						4		
15	RC	1.029.971.827	GAEL	ALEXANDER	PARRA	ROJAS		11						2	1	
														TOTAL	44	10

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Carmen Rivera
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5906532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CORTES CUENCA CC: 40384463
Código CUENTAME UDS: 5000100134245 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenció: MI PRIMERA INFANCIA
Dirección UDS: CR 59A E 28B 25 MZ 34 CS1 Teléfono UDS: 3213104499

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.121.987.507	SARA	CAROLINA	VARGAS	CAICEDO	0	5							A		A			I					A								3	1	
02	R.C	1.029.971.619	SOLEY	GABRIELA	RIAÑO	SIERRA	0	4							I					I					A		A						2	2	
03	T.I	1.123.436.806	LEZZI	FANORI	BOCANEGRA	DAZA	17	4							A				A	A					A								4		
04	C.C	1.121.147.106	JOHANA	ANDREA	ARIAS	SANABRIA	19	0							A					A					A			A					4		
05	CC	1.000.860.339	JANIA	GISELA	VALENZUELA	CASTELLANOS	22	1							A					A					A			A					4		
06	C.C	1.010.043.402	LEIDY	CAROLINA	ARENAS	LEMUS	27	1								A					A				A	A								4		
07	CC	1.029.971.654	EVANGELINE	MABELLE	CHAVES	VERGARA	0	4								A				A	I					I								2	2	
08	R.C	1.244.828.774	MAXIMILIANO		LOPEZ	RODRIGUEZ	0	2								A					I					I			A					2	2	
09	R.C	1.122.544.040	ELIAN	EMMANUEL	CUPITRA	SAAVEDRA	0	1							A	A					I					I								2	2	
10	R.C	1.121.987.937	IZZAN	ALEXANDER	GARZON	URBANO	0	2								A					I					A								3	1	
11	S.D		ADHARA	ISABEL	CARVAJAL	PIÑEROS	0	0									I		A			I						I						1	3	
12	R.C	1.123.824.986	LIAM	JERONIMO	DAZA	GUZMAN		2								A	A					A						A						4		
13	R.C	1.253.258.821	ALAHIA	ANTONELLA	VILLA	USMA		2								A		A				I						A						2	2	
14	R.C	1.123.455.069	SARALIX	ANTHONELLA	VANEGAS	NARVAEZ	0	2								A						A						A						4		
15	CC	1.094.945.052	ZULY	YARIZA	ORDOÑEZ	GUTIERREZ	30	8								A					A	I						A						3	1	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	44	16	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

LUCELLY CORTES CUENCA
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	01/06/18
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOB PORRA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA CC_1121894148
Código CUENTAME UDS: 5000100125217 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS ANGELITOS
Dirección UDS: CLL 39B Nº 20A 03 JORDAN Teléfono UDS: 3 1 2 3 7 3 3 1 5 0

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.122.945.542	BRAYAN	MATIAS	CORTES	ARIZA	0	1			H		
02	RC	1.121.988.052	AHYNNARA	SALOME	MORALES	LOPEZ	0	1			H		
03	RC	1.006.827.525	FLOR	MARINA	ARIAS	BUITRAGO	0	2			H		
04	RC	1.029.971.644	JERONIMO	ISAAC	ORTIZ	BELLO	0	2			H		
05	RC	1.122.543.932	ELIAN	MATEO	LINAREZ	SANCHEZ	0	2			H		
06	RC	1.121.987.664	EITHAN	GAEL	MORA	LOPEZ	0	3			H		
07	RC	1.121.988.546	FREDDY	DANIEL	GARCIA	BRAVO	0	0			H		
08	RC	1.123.454.930	LIAN	SAMUEL	SUAREZ	PINEDA	0	4			H		
09	RC	1.121.936.971	LEIDY	GABRIELA	CARDONA	PEÑA	24	2			H		
10	RC	1.121.987.171	PAULA	VICTORIA	MENDOZA	CUBIDES	0	5			H		
11	CC	1.121.915.405	ANGI	NATALIA	CARRILLO	AGUIRRE	30	0			H		
12	CC	1.193.554.617	HEIDY	DAYANA	MENDEZ	ROMERO	22	4			H		
13	PPT	6.098.575	NOHELI	NOHEMI	HERNANDEZ	PEREZ	32	0			H		
14	RC	1.121.916.229	KELLI	JOHANA	ALARCON	LOPEZ	30	0			H		
15	CC	1.121.892.037	YENCY	JASBLEIDY	ARIAS	BUITRAGO	33	1			H		
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL		

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Diana Rodriguez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800,143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a) DORIS SANTIAGO CASTRO CC 20546894
Código CUENTAME UDS: 5000100012663 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS ANGELITOS 1
Dirección UDS: MANZANA I CASA 23 Teléfono UDS: 3122309902 3

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		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																														
01	CC	1.007.702.936	ANGUIE	TATIANA	BARRERA	HERRERA	24	4							A					A					A										4		
02	CC	1.007.514.080	ANGELA	KARINA	DURAN	HERRERA	23	11							A	A				A					A										4		
03	RC	1.121.987.783	CAROLAYN	THALIA	DIAZ	FALLA		4							A	A				A					A										4		
04	RC	1.121.988.459	JULIETA		AGUJA	BARRETO		1							A				A	A					A										4		
05	CC	1.123.433.483	VALERI	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	ESPINEL	20	5							A					A		A			A										4		
06	RC	1.244.828.710	LUIS	ALEJANDRO	GARCIA	BENITO		5							I				A		A					A										3	1	
07	RC	1.144.828.796	DAMIAN	ALEXANDER	HERNANDEZ	MALDONADO		1							I					A	A					A										3	1	
08	RC	1.244.828.743	JUAN	DIEGO	VERGARA	SAENZ		2							I					A					A	A										3	1	
09	RC	1.029.971.818	DAYLIN	ALAIA	IBARBO	SANCHEZ		1							I					A						A A										3	1	
10	CC	1.123.803.128	KAROL	PAOLA	ARTEAGA	ALBARRACIL	19	3							I					A						A	A									3	1	
11	CC	1.126.457.484	LINA	MARCELA	ABAUNZA	ZAMBONY	28	7								A	A			A							A										4		
12	RC	1.123.455.025	JOEL	MATHEO	ARIAS	CRUZ		3								A				A							A			A							4		
13	CC	1.123.434.941	ANA	MAYERLY	ARANGO	SANCHEZ	19	7								A				A					A		A										4		
14	CC	1.193.431.156	DIANA	ISABEL	CAMPO	HOYOS	28	11								A	A			A							A												
15	CC	1.121.918.068	ANGELICA	PATRICIA	BALBUENA	CASTRILLON	32	7								A		A		I							A										3	1	
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																			TOTAL	54	6	

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

COORDINADOR(A) EA

Doris Santiago Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	01/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50008532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI 40331427 Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YINATH MARIETH CORREA ARCE CC ##
Código CUENTAME UDS: 5000100018777. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS CORDERITOS
Dirección UDS: CALLE 42 # 16 B 02 Teléfono UDS: 3133860098.

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.121.987.588	BRIANA	ANTONELLA	ACEVEDO	MARTINEZ	00	05							A					A	A					A							4		
02	RC	1.121.987.423	SOEL	ALONSO	HERRERA	RIVEROS	00	05							A					A	A					A							4		
03	RC	1.121.987.837	ZOE	ANTONELLA	ACEVEDO	OSORIO	00	04							A					A	A					A							4		
04	RC	1.121.987.844	KEVIN	SANTIAGO	MARTINEZ	CORTES	00	03							A						A	A				A							4		
05	RC	1.121.987.707	MAXIMILIANO		PEREZ	GUAYARA	00	03							A	A					A					A							4		
06	RC	1.121.988.317	MATHIAS	ALEJANDRO	MALDONADO	DIAZ	00	02							A	A					A						A						4		
07	RC	1.121.987.907	ANGEL	DAMIAN	BARON	RUIZ	00	03								A				A	A						A						4		
08	RC	1.121.988.531	ADRIANA	LUCIA	PERDOMO	ANGARITS	00	01								A					A	A					A						4		
09	RC	1.123.824.932	VIOLETT	DAHIANA	CRISTIANA	MONCALEANO	00	00								A					A					A	A						4		
10	RC	1.253.258.812	CRISTHIAN	DAMIAN	ARIAS	CASTILLO	00	00								A	A				A						A						4		
11	RC	1.121.988.269	MARIA	JOSE	RODRIGUEZ	FERREIRA	00	00									A					A					A	A						4		
12	CC	1.007.297.864	DARCY	YULIETH	FLORIDO	ACOSTA	24	00									A					A					A		A					4		
13	CC	1.121.959.350	KAREN	YINETH	BAQUERO	RODRIGUEZ	26	00									A					A					A	A						4		
14	RC	1.121.988.481	ISABELLA		GARCIA	ROMERO	00	01									A					A					A		A					4		
15	CC	1.121.946.338	ANGIE	DANIELA	AMAYA	MORENO	28	00									A					A					A		A					4		
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
																																TOTAL	60		

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SER: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zona: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NIDIA CATALINA PUENTES PI CC: 40185318
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS HUELLAS
Dirección UDS: CALLE 39#45-17 Teléfono UDS: 3182492219

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1029971530	SAMUEL	ALEJANDRO	NOVOA	LOPEZ	0	6		4		
02	RC	1123454892	EDRIC	SAMUEL	RENGIFO	FERNANDEZ	0	7		3	1	
03	RC	1123455077	AILANY	ANTONELLA	MENDEZ	HENAO	0	1		4		
04	CC	1119886811	LUISA	CAMILA	HERNANDEZ	DIAZ	20	1		4		
05	RC	1122543702	BRANDON	SAMUEL	ACEVEDO	PINZON	0	9		3	1	
06	RC	1121986714	MIA	VICTORIA	JOYA	LAVADO	0	9		4		
07	RC	1121988178	JAIVER	ANDRES	LOSADA	CIFUENTES	0	2		3	1	
08	CC	1121894368	LEIDY	VALERIA	AYA	ALFARO	33	0		1	2	
09	CC	1120358772	DANIELA		SUAREZ	PIRAGAUTA	18	1		4		
10	T.I	1122925909	VALERY	TATIANA	RIVERA	TORRES	16	11		4		
11	RC	1121987186	GIAN	ANDRES	TANGARIFE	CAICEDO	0	7		4		
12	RC	1123824739	DANA	GABRIELA	RODRIGUEZ	CIFUENTES	0	6		4		
13	CC	1006857466	LUZ	MABEL	TORRES	PARDO	24	10		4		
14	RC	1029971745	LIAM	NICOLAS	PARRADO	DIAZ	0	2		3	1	
15	RC	1029971888	Maria	Victoria	Aya	Alfaro	0	0			1	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	47		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

Catalina Puentes Peña
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	1/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	SD	SD	FRANCISMAR	LUISIANA	CHIRINOS	TROMPETERA	16	
02	CC	122.517.044	JUDY	VANEZA	JUEZ	GONZALEZ		
03	CC	1.121.944.402	WANEZA		CARVAJAL	SOLANO	27	
04	CC	1.073.160.092	ALBA	LUCIA	ORTIZ	ORTIZ	34	
05	RC	1.244.828.813	LEYLA	VICTORIA	MORA	NARVAEZ		1
06	RC	1.121.987.799	VICKY	ANTONELLA	SOLORZANO	RODRIGUEZ		5
07	RC	1.244.828.721	ZIARA		RUIZ	CASTAÑEDA		5
08	RC	1.244.828.689	SAMUEL	ESTEBAN	MONROY	VANEGAS		7
09	RC	1.123.454.830	AAROON	SANTIAGO	ANGEL	ANDRADE		9
10	CC	1.121.949.551	YENDRY	NORELLY	HERRERA	PARRADO	27	
11	CC	1.006.797.032	TATIANA		JIMENEZ	GUTIERREZ	22	
12	CC	1.006.810.218	DAYHANA	CATHERINE	HENAO	GOMEZ	23	
13	RC	1.244.828.730	AMELI	LUCIANA	BARRERA	TORO		5
14	CC	1.120.505.740	CLAUDIA	LEONOR	RINCON	ZAPATA	27	
15	CC	1.006.797.080	MARIA	FERNANDA	BARRERA	HERRERA	22	
16	SD		JONATHAN		CLAVIJO	JIMENEZ		0
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01							A	A				A						A								4		
02							I		A			I					/									1	2	
03							A				A	I					I									2	2	
04							A				A	I					I									2	2	
05							I			A		I					I									1	3	
06								I					A					A			A					3	3	
07								A					I					I A								2	1	
08								I				A	I					A								2	2	
09								I					I					/									2	
10								A					I					A	A							3	1	
11									I					I					/								2	
12									I				A	I					I							1	3	
13									A					A					A		A					4		
14									A					A		A			A							4		
15														A					A			A				3		
16																			I			A				1	1	
17																												
18																												
19																												
20																												
TOTAL																												

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

COORDINADOR(A) EA

Dayana Guzmán M.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICECNIO
Nombre Agente Educativo (a): YULY GODOY CC 1121865211
Código CUENTAME UDS: 5000100018851 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS PRIMERAS HUELLITAS
Dirección UDS: CALLE 3 # 06-69 LA NOHORA Teléfono UDS: 3245106598

Hoja 1 de 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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.121.947.257	NAYIBE		HERRERA	HERNANDEZ	28	1						A					A					A		A								4	0	
02	TI	1.070.389.867	NICOL	DAYANA	GALVIS	LEON	16	11						A	A				A					A										4	0	
03	CC	1.100.953.906	SOLANGELA		MEZA	RUBIO	37	3						I		A			A					A										3	1	
04	CC	1.118.199.000	LUISA	FERNANDA	NORATO	SAGANOME	31	9						A					A		A			A										4	0	
05	CC	1.120.579.955	ERIKA	KATHERINE	RAVE	PAZ	29	0						A																				1	0	0
06	RC	1.121.988.591	ALLISON	DAHIANA	GUTIERREZ	ZEA	0	0						I					I					I		A								1	3	
07	CC	1.121.417.442	KATHERYN	YULIANA	HERRERA	BOBADILLA	19	10						A					A					A										4	0	
08	CC	1.002.604.679	MARIA	EUGENIA	ALVAREZ	RUIZ	22	4						A					A		A			A										4	0	
09	RC	1.234.796.155	EITHAN	MATTEO	MORENO	RODRIGUEZ	0	3						A					A					A	A									4	0	
10	RC	1.234.796.152	DAIA	MAKEYLA	IDARRAGA	GUERRA	0	3						A					A		A			A										4	0	
11	RC	1.122.544.018	SHARICK	KATALEYA	RIOS	SOTO	0	2							A				A		A				A										4	0	
12	RC	1.121.987.555	ERICK	ANDRES	HERRERA	PEREZ	0	5							I				I						A		A								2	2	
13	RC	1.121.987.932	ZAIRA	VALENTINA	HERNANDEZ	MORALES	0	3							A				A						A		A								4	0	
14	RC	1.123.824.821	AILANY	DALAY	PERALTA	HUERTAS	0	5							A				A	A					A										4	0	
15	RC	1.121.987.600	LIZETH	VALERIA	CANTOR	HIDALGO	0	5							A				A						A	A									4	0	
16		SD	JUAN	DAEI	CASTILLO	RAVE	0	0												I					I			A							1	2	
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL		

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YELITZA CALDERON ZARATE CC 1.121.818.202
Código CUENTAME UDS: 5000100018959 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS PRIMEROS PASITOS
Dirección UDS: CRA 51 73 103 APTO 1 LA NOHORA Teléfono UDS: 3132930388

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA											
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES					
01	CC	1.006.631.661	WENDY	YURMARY	GARCIA	CABARIQUE	26	08							A		A			A					A											4		
02	RC	1.123.824.769	ERICK	MATHIAS	REYES	SUNS	00	05							A					A		A			A											4		
03	RC	1.234.796.065	EIMY	SALOME	BAQUERO	HERNANDEZ	00	06							A					A			A		A											4		
04	RC	1.121.987.185	SHARITH	DAYHAM	MARQUEZ	SAAVEDRA	00	07							A					I			A		A											3	1	
05	RC	1.121.987.101	THIAGO	JESUS	FRANCO	REYES	00	07							A					A			A		A											4		
06	RC	1.013.284.469	BRAYAN	SMITH	MONTIEL	FERNANDEZ	00	02								I					A				I		A										2	2	
07	CC	1.006.779.616	YEIMY	YURANY	ECHEVERRY	PLATA	30	03							A	A					A					A											4		
08	RC	1.121.988.554	EMILY	ANTONELLA	RODRIGUEZ	CASTRO	00	00								I					I				A	A											2	2	
09	RC	1.122.543.876	DANNA	THALIA	GONZALEZ	GONGORA	00	06								I				A	A					A											3	1	
10	RC	1.244.828.686	IAM	JERONIMO	IBAGON	VARGAS	00	07								A					A					A											4		
11	RC	1.253.258.709	JHOEL	MATHIAS	MARIN	ORTEGA	00	02									A					A				A	A										4		
12	CC	1.014.191.008	KATERINN	ANDREA	LOPEZ	GIL	19	05									A					A					A		A								4		
13	RC	1.121.988.556	IAN	SANTIAGO	SAAVEDRA	CRUZ	00	00									I					I					A		A								2	2	
14	CC	1.121.911.281	EDITH	MARCELA	HUARTOS	DUARTE	31	01									A					A					A			A							4		
15	CC	1.010.087.850	JEMY	DAYANA	REYES	ALVAREZ	29	02									A					A					A			A							3	1	
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

TOTAL 51 9

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA CC: 1.010.123.206
Código CUENTAME UDS: 5000100012472 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS
Dirección UDS: CRR 12 N° 9-19 VILLA MELIDA Teléfono UDS: 3144390123

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	
01	C.C	1.116.875.239	EMELY	ANGELICA	ROJAS	HERNANDEZ	30		4	0	
02	C.C	1.110.587.417	MARIA	ALEJANDRA	SOTO	VARON	27		3	1	
03	C.C	1.121.874.557	LINA	PAOLA	HERNANDEZ	GONSALEZ	34		4	0	
04	C.C	1.121.903.771	JANHELLA	NICCOLE	PULIDO	DELGADO	31		4	0	
05	C.C	1.006.863.505	LUISA	FERNANDA	MOSQUERA	AYALA	24		4	0	
06	R.C	1.029.971.813	ANDRES	DAVID	CORDOBA	PRECIADO		1	1	3	
08	R.C	1.029.971.763	MARIA	VICTORIA	MUNAR	RODRIGUEZ		2	3	1	
09	R.C	1.123.825.012	MIA	GABRIELA	ENCIZO	VELASQUEZ		2	2	1	
10	R.C	1.253.258.820	EITHAN	MATEO	CARDENAS	RODRIGUEZ		1	4	0	
11	R.C	112.188.548	ADHARA	ISABELLA	VALENCIA	BLANCO		1	1	3	
07	R.C	1.029.971.742	JUSUS	DAVID	NAVARRETE	IZQUIERDO		2	4	0	
12	R.C	1.121.987.919	ADHALUZ	ISABEL	CASTRO	PEREA		3	2	2	
13	R.C	1.244.828.724	DANTE	YOEL	BELTRAN	ZOA		4	4	0	
14	R.C	1.244.828.726	DENNIS	ARIADNA	PASTRANA	SILVA		5	4	0	
15	R.C	1.253.258.390	LUIS	ALEXANDER	RODRGUEZ	MEJIA		9	4	0	
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	9
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): EDITH MARCELA HUARTOS DUARTE CC: 1121911281
Código CUENTAME UDS: 5000100018914 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS PRIMEROS PASOS 1
Dirección UDS: MIS PRIMEROS PASOS UNO Teléfono UDS: 3006670272

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.234.796.205	BRIANNA	STEFANIA	PERDOMO	SULBARAN		2		4		
02	RC	1.122.544.037	IAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	VELASQUEZ		2		4		
03	RC	1.029.971.792	JUNIOR	ANDRES	CALLE	PORTACIO		2		4		
04	CC	1.121.861.152	YESLY	SUSANA	OLGUIN	TAQUINAZ	18	5		4		
05	CC	1.193.533.754	MARIA	FERNANDA	RODRIGUEZ	VARGAS	22			4		
06	RC	1.234.796.081	DEIBY	YAEL	VALENCIA	DELGADO		6		4		
07	CC	1.121.836.441	JESICA	PAOLA	GOMEZ	BUSTOS	36	2		4		
08	RC	1.121.986.824	SIMON	MATHIAS	ARVOLEDA	PRIETO		8		4		
09	RC	11.211.987.206	NOAH	GAEL	MENDEZ	TORRES		7		4		
10	RC	1.122.543.675	MARIAJOSE		VELEZ	MEDINA		9		4		
11	RC	1.234.796.064	ELIAN	GAEL	MARIN	VELEZ		5		4		
12	CC	1.120.358.547	HEIDY	DANIELA	SANCHEZ	CHINGATE	18	10		4		
13	CC	40.189.639	SANDRA	MILENA	MATEUS	MONTERO	44	7		4		
14	CC	1.121.867.071	YEIMI	VANEZZA	RETAVISCA	SALAZAR	35	3		4		
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
										TOTAL 56		

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

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI C C 4 0 4 1 4 3 3 2 Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UND VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NELCIN MORENO LONDOÑO CC 4 0 4 1 4 3 3 2
Código CUENTAME UDS: 5000100021741 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS TRES ESTACIONES
Dirección UDS: KRA 16 N 44B 19 BARRIO VILLA SUAREZ Teléfono UDS: 3219964451

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		FRIMERA					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	C,C	1122920523	PAULA	VALENTINA	CORTES	SAMACA	20	06						A	A				A					I										3	1	
02	C,C	1121416920	NEYRA	ALEJANDRA	PEREZ	CABRERA	22	04						A		A			A					A										4		
03	C,C	1123430909	NASLY	FAISURI	BELTRAN	OSPITIA	22	05						A			A		A					A										4		
04	C,C	1006827873	ANGELA	ESMERALDA	MUÑOZ	LOZANO	24	03						A				A	A					A										4		
05	C,C	1005307785	CAREN	JULIETH	FLOREZ	PEÑA	24	11						A				A	A					A										4		
06	C,C	1121937723	ROSA	MILENA	HERNANDEZ	MOLINA	28	10						A	A					A					A										4		
07	C,C	1121988519	ALANNA	VICTORIA	POSADA	RAMIREZ		01							I		A		I						I										1	3	
08	C,C	1121937723	MIA	SALOME	ARIAS	GALINDO		01							A				A		A				A										4		
09	R.C	1122945581	JOSE	MILAN	LOZANO	DIAZ		02							A			A	A						A										4		
10	R.C	1121988278	AILANY	LIZETH	DIAZ	PERILLA		02							A				A					A	A										4		
11	R.C	1121988266	AILANY	VALENTINA	DURAN	ANGULO		02								A			A	A						A									4		
12	R.C	1234796175	MIGUEL	ANGEL	GARCIA	ESCOBAR		03								A				A					A	A									4		
13	R.C	1121988045	EITHAM	ALEJANDRO	OJEDA	BUITRAGO		03								I				A					A		A								3	1	
14	R.C	1029971708	SARA	ISABELA	PARDO	HERNANDEZ		04								A				A					A			A							4		
15	R.C	1123824869	EMY	VICTORIA	MORENO	ARIAS		05								I				A					A			A							3	1	
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																		TOTAL	54	6	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal 1 Municipio: VILLAVICECNIO
Nombre Agente Educativo (a): JANETH ALVARREZ ARIAS CC 35261550
Código CUENTAME UDS: 5000100028042 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PAYASITOS
Dirección UDS: CALLE 18 #10-56 LAS CAMELIAS Teléfono UDS: 3165364393

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.121.987.450	MAHELET		VARGAS	GODOY		6		4		
02	RC	1.122.945.486	LIAN	ANDRES	ROMERO	DIAZ		5		4		
03	RC	1.121.987.476	NAILA	BETSABEL	PEREZ	PEREZ		6		4		
04	RC	1.029.971.666	ALAN	DAVID	TORREALBA	OJEDA		3		3	1	
05	RC	1.121.987.867	JOSEPH	JOSEPH	OROPEZA	ALVARADO		3		4		
06	RC	1.029.971.731	LILLY	HADASSAH	JARAMILLO	GONZALEZ		2		4		
07	RC	1.121.988.233	DYLAN	ELIAM	DUEÑAS	RODRIGUEZ		2		4		
08	RC	1.121.988.244	DYLAN	ANDRES	ESCOBAR	LEON		1		4		
09	CC	1.096.216.364	JENNIFER	VANNESSA	LONDOÑO	LONDOÑO	33			2	2	
10	SD		AYLEEN	SOFIA	BENAVIDES	BONILLA				1	3	
11	CC	1.121.945.285	MARIA	FERNANDA	CESPEDES	PERDOMO	28			4		
12	CC	1.121.836.317	MARIA	CAMILA	POLANIA	ORJUELA	19			4		
13	CC	1.006.966.387	JENIFER	ANDREA	BOSSA	CARVAJAL	30			4		
14	CC	1.125.006.121	AYLEN	YISED	RUIZ	ROBLEDO	23			4		
15	CC	1.121.956.349	DERLY	FERNANDA	TAPIAS	BARRERO	26			4		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	54	6	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	9
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

COORDINADOR(A) EA

Janeth Alvarez.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/6/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE A FAMI
SERVICIO DE ATE C. Medio tiempo

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal U N O Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): María Nohora Riveros Gómez CC 4 0 4 1 4 0 7 7
Código CUENTAME UDS:5000100023880 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención R E N A C E R
Dirección UDS: Mz 26 cs 22 B. Reliquia Teléfono UDS: 3 1 3 8 9 2 3 6 6 1

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.029.971.860	EIDELYN	AZUL	MACHADO	RAMIREZ			A A A A	4		
02	RC	1.122.543.912	ELIAN	GAEL	BOTERO	THIERRY		4	A A A A	4		
03	RC	1.121.988.040	ERICK	CALET	FIGUEROA	RODRIGUEZ		4	A A A A	4		
04	PP	6.767.493	MARIA	MARIANGEL	AGUILAR	SALAZAR	33		A A A A	4		
05	RC	1.121.988.030	THALIA	NICOLLE	MORERA	LOPEZ		3	A A A A	4		
06	RC	1.244.828.754	YULIAN	ANDREY	GALVIS	MOGOLLON		2	A A A A	4		
07	RC	12532587734	MIKEL	MATIAS	MURILLO	CUESTA		2	A I I A	2	2	D
08	RC	1.029.971.649	MIA	ISABELLA	QUERALES	CARDENAS		4	A A A A	4		
09	RC	1.121.988.084	LORENS	SOFIA	NOVA	ESTRADA		3	A A A A	4		
10	Cc	1.007.023.321	KAREN	LISETH	QUINTERO	FRANCO	22	3	A A A A	4		
11	Cc	1.121.914.847	ROSA	PAOLA	MINA	NAVAS	30	11	A A A I	3	1	
12	RC	1.253.258.731	ASHLEY	NAHOMI	MARIN	GUTIERREZ		2	A A A A	4		
13	CC	1.006.841.033	LAURA	LISETH	PIZO	VARGAS	23	10	A A A A	4		
14	CC	1.121.925.406	LINA	SOFIA	OÑATE	SAEZ	30	5	A A A A	4		
15	Cc	1.121.946.944	LUISA	FERNANDA	FORERO	SABOGAL	28		A A A A	4		
16	CC	1029983746	Naidy	yuresy	Torres	Ballesteros	19		A A A A	1		
17												
18												
19												
20												
										TOTAL 58	3	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO 50006532024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD I HCB FAMIAR
SERVICIO DE FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal 4 Municipio: VILLAVICECNIO
Nombre Agente Educativo (a): Ana yeimy cruz CC 1123115067
Código CUENTAME UDS: 5000100000478 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención SEMILLITAS
DIRECION MZ K07 CASA 5 BRR BETTY CAMACHO Teléfono UDS: 3053066315

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																												ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES					
01	RC	1.121.988.432	BRIANA	CELESTE	HERREÑO	SARMIENTO		1						A					A	A					A												4	0	
02	RC	1.121.987.721	LIAM	CAMILO	GARZON	PINEDA		4						A					A						A	A												4	0	
03	RC	1.122.945.573	DULCE	ANTONELLA	DIAZ	SEGURA		2						I					A	A					A												3	1	
04	RC	1.244.828.820	VALERY	CELESTE	QUINTERO	QUINTERO		0						I					I						I					A							1	3	
05	RC	1.244.828.819	LIA	ISABELLA	QUINTERO	QUINTERO		0						I					I						I					A							1	3	
06	RC	1.121.987.746	SAMUEL	DAVID	PARRA	DIAZ		4							A					I	A					A											3	1	
07	CC	1.120.839.310	VALENTINA		BELTRAN	BELTRAN	20								A	A				A						A												4	0	
08	RC	1.121.987.471	ERICK	MATEO	LEMUS	LOPEZ		5							A		A			A						A												4	0	
09	CC	1.012.373.474	KELLY	JOHANA	PADILLA	ROMERO	33								A				A	A						A												4	0	
10	CC	1.121.860.642	INGRID	CATHERINE	GONZALEZ	LOPEZ	35								A					A						A	A											4	0	
11	RC	1.029.971.684	DANNA	ISABELLA	CUBIDES	GUTIERREZ		4								A					A						A				A							4	0	
12	CC	1.006.773.108	ANDREA	VANESSA	HERNANDEZ	VARGAS	23									A			A	A						A												4	0	
13	CC	1.006.875.024	CHAREN	VALENTINA	BRAVO	GARZON	23									A			I					A	A													3	1	
14	CC	1.007.426.505	CAROLINA		CORTES	GAITAN	30									I			I						I				I									0	4	
15	RC	1.244.828.797	ALISON	ZHARAY	PARRADO	BELTRAN		0								I			I		A				A													2	2	
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
																																					TOTAL	45	15	

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

COORDINADOR(A) EA

Ana Yeimy cruz
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LORENA ORTEGA CC 1006874330
Código CUENTAME UDS: 5000100028818 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ SUEÑOSINFANTILES
Dirección UDS: MANZANA 3 CASA 2 LA MADRID Teléfono UDS: 3142660137

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.122.511.463	ANGIE	KATHERINE	HERNANDEZ	ALVARADO	19																		A	A				2		
02	CC	1.029.971.743	INGRID	ZULENY	HERRERA	RAMOS	27																		A	A				2		
03	CC	1.007.495.234	LUISA	ALEJANDRA	MARTINEZ	GUZMAN	22																		A	A				2		
04	RC	1.122.543.989	SARA	SOFIA	VIDAL	BOHORQUEZ		4																	A	A				2		
05	RC	1.234.796.294	GABRIEL	ISAAC	GONZALES	SALDARRIAGA		0																	A	A				2		
06	CC	1.122.921.166	DIANA	KARINA	BAZURDO	GOMEZ	20																			A	A			2		
07	CC	1.006.796.003	JESSICA	ALEXANDRA	GONZALES	REY	22																			A	A			2		
08	RC	1.234.796.167	ELYON	MATHIAS	LEON	FLOREZ		4																		A	A			2		
09	CC	1.125.006.178	ISABEL	ALEXANDRA	CAMPOS	MUJICA	27																			A	A			2		
10	RC	1.122.945.509	ELIAN	MAURICIO	VELASQUEZ	BARRERA		5																		A	A			2		
11	RC	1.234.795.272	ANNIA	CHARLOTTE	BELTRAN	CONTRERAS		0																		A		A		2		
12	CC	1.121.948.513	JOHANA	DELPILAR	HERNANDEZ	GONZALES	28																			A		A		2		
13	CC	1.121.961.651	LAURA	KATHERINE	CARRILLO	MALAVER	26																			A		A		2		
14	CC	1.122.510.443	LEIDY	TATIANA	SARAY	GALINDO	20																			A		A		2		
15	CC	1.003.651.185	YESIKA		TORRES	QUINTERO	25																			A		A		2		
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

TOTAL 30

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

Lorena Ortega
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.069.900.877	YINDRID	ANGELICA	LEON	LEON	29	0						A	A					A					A									4		
02	R.C	1121988232.	EMELY	YALITZA	CUMACO	ROJAS	0	1						A		A				A					A									4		
03	R.C	1.122.544.013	EMILIANO		ESCALANTE	MORENO	0	2						A					A	A					A									4		
04	R.C	1.253.258.612	JUAN	ANDRES	MURCIA	VALENCIA	0	5								A						A			A									4		
05	CC	1.012.384.896	ESPERANZA		QUIROGA	ARIZA	33	5							A					A	A					A									4		
06	R.C	1123825056.	VALENTINO		BEJARANO	SANABRIA	0	1						A			A			A					A									4		
07	R.C	1.121.988.012	ABBY	ARLET	FAJARDO	QUEVEDO	0	3								A						A				A									4		
08	CC	1.121.936.276	ERIKA	ISABEL	ROJAS	CASCAVITA	28	11							A						A					A									4		
09	CC	1006823645.	ANNE	MACHELLE	RODRIGUEZ	PEREZ	22	11							A						A					A									4		
10	R.C	1121845024.	YENSI	NICOLL	CHINGATE	CANTOR	21	7							A						A	A				A									4		
11	R.C	1.121.988.145	MATEO		CADENA	ALEJO	0	2								A						A					A								4		
12	CC	1.122.652.964	LEIDY		BELTRAN	MONTENEGRO	28	11							A																				1		
13	CC	1.001.360.843	DALANY		GUZMAN	CASTAÑO	22	0						A																					1		
14	R.C	1.121.987.566	AYLAN	THOMAS	VILLEGAS	HUERTAS	0	5								A						A					A								4		
15	R.C	1.123.455.054	AILYN	LUCIANA	ARBELAEZ	MOLANO	0	2								A						A					A								4		
16	R.C	1.121.988.580	AILANNY		PINZON	GUZMAN	0	0												A	A					A									3		
17	R.C	1121988622.	DAILYN	SAMARA	CRUZ	BELTRAN	0	0												A		A					A								3		
##																																				
##																																				
##																																				

TOTAL 60

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO
RESPONSABLE DE GRUPO