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
NIT: 860.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5096502024
MES: agosto AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

CENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): ROCIO ALMANZA
Código CUENTAME UDS: 5000 1000 27995
Dirección UDS: CALLE 8 NUMERO 26-73

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: 3 1 4 2 4 8 3 3 1 0

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	NUMERO 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	1.253.258.867	ALAIA	CELESTE	GONZALEZ	agosto	0	1			5		
03	RC	1.121.987.959	EMILY	JULIETA	HERRERA	VELASQUEZ	0	4			5		
04	RC	1.123.455.065	ANDRES	FELIPE	AMAYA	SUAREZ	0	3			5		
05	RC	1.121.988.436	EMANUEL		GARCIA	OROZ	0	1			5		
06	SD		VALERIA	ALEJANDRA	TORRRES	MEDIANA	20	4			5		
07	RC	1.123.825.237	MIA		MONTES	MORENO	0	1			5		
08	RC	1.121.988.590	CARLA	VALERIA	POLANIA	WILCHES	0	0			5		
09	RC	1.121.987.903	MARIA	CELESTE	HERRERA	VASQUEZ	0	3			5		
10	RC	1.123.825.079	EMELY	MORENO	ESPINOSA	ESPINOSA	0	1			5		
11	CC	1.000.324.563	MARIA	PAULA	GIL	SARMIENTO	25	5			5		
12	RC	1.123.824.885	JHOZETH	SEBASTIAN	CARDONA	CORSO	0	2			5		
13	CC	1.121.893.988	NAYIBE		BERROTERRAN	ESTEVEN	34	1			5		
14	RC	1.121.988.071	SOJEPH	ALEJANDRO	MURILLO	ORTEGON	0	1			5		
15	RC	1.121.988.217	LYANA	ELIZABETH	MANZO	RONDON					5		
16													
Y													
18													
19													
20													
											TOTAL	70	

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	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POBLA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: AGOSTO 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: VILLAVICENCIO
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: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1.122.921.681	SANDRA	TATIANA	GALINDO	TURRIAGO	20	0		13	2	
02	C.C	1.029.660.716	JASBLEIDY	TATIANA	ESPITIA	PUERTO	19	11		15	0	
03	CC	1.006.798.101	LAURA	DANIELA	MORENO	BAQUERO	22	00		15	0	
04	C.C	1.121.918.540	DORIS	YOHANA	VEGA	BENITEZ	30	08		15	0	
05	C.C	1.007.741.744	LENI	YULEIDI	MORENO	SUAREZ	20	06		15	0	
06	RC	1.121.988.273	EMILY	VICTORIA	PINILLA	AYA	00	03		15	0	
07	RC	1.122.543.962	LAUREN	AISLIN	TORRES	ALDANA	00	04		15	0	
08	RC	1.123.825.160	KEYLER	SANTIAGO	REY	JIMENEZ	00	02		15	0	
09	RC	1.122.544.068	ADHARA	SOPHIA	MADRIGAL	MENDEZ	00	02		15	0	
10	RC	1.123.825.005	ANDY	DANIEL	CASTILLO	BEDOYA	00	03		15	0	
11	RC	1.123.825.007	ADHARA		CANO	GRADAD	00	02		12	3	
12	RC	1.121.987.660	JOHAN	ESTEBAN	CRUZ	CAICEDO	00	05		15	0	
13	CC	1.123.435.740	LINA	MARIA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	18	04		15	0	
14	CC	1.121.821.248	DANA	VANESSA	HERIZALDE	MORA	21	05		15	0	
15	RC	1.123.455.028	OWEN	STIVEN	SANCHEZ	CHIVATA	00	03		15	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	205		

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

Alejandra Sanchez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	1/08/2018
		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOE POZO 13
NIT: 8909 0224
NUMERO DE CONTRATO: 5000802024
MES: AGOSTO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): INDIA JOHANNA VASQUEZ RICO
Codigo CUENTAME UDS: 500010020650
Dirección UDS: KRA 20 # 41 20 BARRIO PARAISO

C C 4 0 4 1 4 3 3 2 Hoja 1 de 1
Centro Zonal: UDS VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
CC 4 0 1 8 5 4 4 2
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ARCO IRIS
Teléfono UDS: 3015502524

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	SEMANA PRIMERA	SEMANA SEGUNDA	SEMANA TERCERA	SEMANA CUARTA	SEMANA QUINTA			CAUSA DE RETIRO
01	T.I	1123438667	VERONICA	HELENY	MURILLO	VARGAS	15	10	A	A	A	I	I	3	2	
02	C.C	1122526542	BRITNEY	NATALIA	PEREZ	VEGA	20	06		A	A	A A	A	5		
03	C.C	1006826331	MARIA	ANGEL	GARCIA	YARA	21	06	A	I	I	I	I	1	4	
04	C.C	1121878828	HEIDY	MICHEL	ROMERO	ROMERO	21	07		A A	I	A	A	4	1	
05	C.C	1005253276	PAULA	TATIANA	RIVERA	OSPINA	23	11		A A	I	I	I	2	3	
06	C.C	1192775346	KAREN	YULITZA	LOPEZ	GARCES	24	09	A	A	I	A	I	3	2	
07	C.C	1121924800	ERICA	JOANA	ROA		29	11		A A	A	A	A	5		
08	C.C	1121922695	ANGIE	TATIANA	BRICEÑO	BARACALDO	30	05		A	A A	A	A	5		
09	C.C	1006964459	BERTHA	CECILIA	ARBELAEZ	FORERO	32	07		A	A	I A	A	4	1	
10	C.C	1113653992	ANGELICA	MARIA	HURTADO	SOLIS	33	08		A	I	I	I A	2	3	
11	R.C	1029971906	ANDRES	JACOBO	JIMENEZ	MERCHAN		01	A	I	I	I	I	1	4	
12	R.C	1029971880	VALENTINO		AREVALO	CORTES		01		I	I	A	A I	2	3	
13	R.C	1121988491	IAN	SALVADOR	DIAZ	HERRERA		01		A	A	A	A A	5		
14	R.C	1121967722	JAYDEN	MATHIAS	MENDIETA	ROJAS		06		A	A A	A	A	5		
15	R.C	1121987776	AISLANY	VICTORIA	MORA	BARRETO		06		A	A A	I	A	4	1	
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	51	24	

Verificación De Cobertura	[redacted]	5 10	COORDINADOR/A	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: 800.140.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: AGOSTO 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	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	1.121.988.163	SOPHIE	ANTONELLA	MOLINA	RODRIGEZ	0	4		15	0	
02	RC	1.121.988.611	FATIMA		MARIN	ALFARO	0	2		15	0	
03	RC	1.123.454.913	FRIDA	SIMONA	DIRNECKER	GOMEZ	0	6		15	0	
04	CC	1.006.821.446	SANDRA	PATRICIA	CARDENAS	RODRIGUEZ	29	10		13	2	
05	RC	1.121.987.791	LIA	ANTONELLA	MEDINA	ARIZA	0	5		15	0	
06	RC	1.123.824.977	ERICK	GAEL	MARIN	MEDINA	0	4		15	0	
07	RC	1.121.988.416	LIAM	ELOY	DIAZ	GUTIERREZ	0	2		15	0	
08	RC	1.120.867.801	ANA	MABEL	HERNANDEZ	CASTRILLON	30	6		15	0	
09	RC	1.121.988.090	AILYN	CELESTE	BERMUDEZ	OVIEDO	0	4		12	3	
10	RC	1.121.987.472	MAITE	VALERIA	ALARCON	BAQUERO	0	6		15	0	
11	CC	1.006.796.974	MARIA	LESTHER	ACOSTA	BERRIO	27	11		15	0	
12	RC	1.123.455.051	HELLEN	VICTORIA	CHICUASUQUE	PARRA		4		15	0	
13	CC	1.006.772.405	VANESA	ALEXANDRA	BAQUERO	RODRIGUEZ	24	11		15	0	
14	CC	1.118.568.515	LUISA	ALEJANDRA	LEON	SANCHEZ	27	10		15	0	
15	TI	1.124.243.088	YERALDIN		GARCIA	PEDRAZA	17	12		15	0	
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:	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: 860.143.122-5 NUMERO DE CONTRATO:
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACION: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC: 21186015
Código CUENTAME UDS: 5000100012432 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITA FELIZ
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10_27, VILLAMELIDA Telefono UDS: 3114636978

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a 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	CC	1.121.949.118	ALIX	DAYANA	REY	RUIZ	27	9			4		
02	CC	1.006.798.464	SAUDY	VALENTINA	RODRIGUEZ	GRANADOS	24	0			3	1	
03	CC	1.121.931.654	OLGA	LUCIA	MORENO	PARRADO	29	5			4		
04	CC	1.121.897.379	YULY	MARLLELY	AGUDELO	RAMOS	32	6			3	1	
05	TI	1.121.859.178	MARIA	ESTHER	RODRIGUEZ	VERGEL	17	7			4		
06	RC	1.244.828.795	IAN	CAMILO	ZARATE	RODRIGUEZ	0	1			4		
07	RC	1.122.945.589	DERICK	NICOLAS	ABRIL	LOPEZ	0	1			4		
08	RC	1.121.988.141	EMMANUEL		JIMENEZ	HERNANDEZ		2			4		
09	RC	1.244.828.745	SAMUEL		VEGA	HENAO	0	3			4		
10	RC	1.244.828.736	JOSHUA	NICOLAS	SANCHEZ	VALENCIA	0	4			4		
11	RC	1.121.987.824	MARIANA		GOMEZ	JIMENEZ	0	4			3	1	
12	RC	1.244.828.718	ALAIA	ALEXANDRA	AMAYA	RAMIREZ	0	5			3	1	
13	RC	1.123.824.808	THIAGO	EMMANUEL	ROA	BISBICUTH	0	5			4		
14	RC	1.253.258.475	ANA	SOFIA	MATTA	SAAVEDRA	0	8			2	2	
15	RC	1.121.986.602	AYLEEN	LUCIANA	RUIZ	RIVEROS	0	10			3	1	
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	53	7

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 PORTIA S
NIT: 809.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO 5000533024
MES: AGOSTO 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

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	1.121.859.972	DILIA	ALEJANDRA	PEDRAZA	CUADRADO	35	6		5	0	
02	CC	1.006.860.944	MARIA	FERNANDA	BAUTISTA	DIAZ	23	6		5	0	
03	CC	1.121.931.484	DIANA	KATERINE	CAMELO	GARZON	29	5		5	0	
04	CC	1.121.886.334	LUZ	ANGELICA	ENCINOSA	PEÑA	33	6		5	0	
05	CC	1.006.821.132	MARLY	TATIANA	ARIAS	AGUDELO	27	1		5	0	
06	RC	1.121.988.557	DAIRY	CELESTE	GAITAN	JIMENEZ		2		5	0	
07	RC	1.253.258.772	KYLIAN	FELIPE	REINOSO	VEGA		2		5	0	
08	RC	1.121.988.321	ASHLEY	VICTORIA	RODRIGUEZ	LOZANO		2		5	0	
09	RC	1.121.987.841	ZULY	JIMENA	VENEGAS	CASTILLO		5		5	0	
10	RC	1.253.258.616	ELIAN	MATHIAS	MURILLO	GUERRA		6		1	4	
11	RC	1.121.987.383	AMY	GUADALUPE	ANGARITA	CELY		7		5	0	
12	RC	1.121.986.685	JOSE	EMILIANO	GARZON	RODRIGUEZ		10		5	0	
13	RC	1.121.986.609	ZOE	MARIANA	NUÑEZ	BAQUERO		10		5	0	
14	RC	1.253.258.389	KLARIS	ANTONELLA	ZARATE	GAITAN		10		5	0	
15	RC	1.122.543.664	EYLEEN	SALOME	GUERRERO	ULLOA		10		5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	71	4	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	6
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: 800.143.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: AGOSTO 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: 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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, 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	R.C	1.121.987.575	ABDIEL	FELIPE	ORTIZ	VALDEZ	0	6		4		
02	R.C	1.121.987.300	EITHAN	STVEN	PORTILLO	RODRIGUEZ	0	7		3		
03	R.C	1.121.987.553	HANNNA	ISABELLA	CASTILLO	SANCHEZ	0	6		3		
04	R.C	1.121.988.114	EYTHAN	ALEJANDRO	CASTRO	MORALES	0	3		4		
05	T.I	1.123.531.768	LAURA	MARIANA	MUÑOZ	ROJAS	16	0		4		
06	R.C	1.121.988.150	THIAGO	EMMANUEL	LINAREZ	BARAZARTE	0	3		4		
07	R.C	1.121.987.951	MARIA	VICTORIA	SOTO	HERNANDEZ	0	4		2	1	
08	R.C	1.122.543.914	MARIANGEL		DE LAS AGUAS	PALACIOS	0	5		4		
09	PPT	1.170.596	ROSMAR	ANDREINA	SANCHEZ	TOVAR	20	0		4		
10	C.C.	1.006.798.929	HUBANY	YULIETH	GONZALEZ	RIVEROS	23	0		2	2	
11	C.C.	1.005.362.457	MAROLIN	YISETH	CORREA	PARRA	23	0		1		
12	C.C.	1.072.190.371	YULIETH	ANDREA	PEREZ	CALDERON	18	0		4		
13	C.C.	1.122.131.906	SOLBEY	MILENA	DAZA	GIRALDO	33	0		4		
14	C.C.	1.122.923.449	DANNA		GUTIERREZ	ACOSTA	19	0		4		
15	C.C.	1.110.487.071	NATALIA		SANCHEZ	BARRETO	23	0		4		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	54	3	

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

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: 800.143.122-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE A P
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA AYALA TOVAR
Código CUENTAME UDS: 500010000032 2
Dirección UDS: MZA 42A CASA 10 MADRID

Centro Zonal: UNO
CC 1121843440
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DESCUBRINDO TALENTOS
Teléfono UDS:

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				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.121.943.308	ERIKA	YASMIN	BOLAÑOS	MENDEZ	28						A		A			I	A														4	0	
02	RC	1.121.988.737	MAIILEN	CELESTE	AVILA	CELESTE		1							I		A		I						I								0	4	
03	TI	1.029.962.977	YENIFER	DAYANA	FIERRO	ORJUELA	14								I				/						/								0	7	
04	CC	1.121.834.720	KAREN	VANESA	MACHADO	LOAIZA	20						A		A				A						A								4	0	
05	RC	1.122.543.906	JULIAN	DARIO	MORENO	GARZON		5						A	A				A						A								3	7	
06	CC	1.127.056.231	ZARAIC	YELIBETH	TRIANA	HERNANDEZ	20							A		A				A						A							4	0	
07	RC	1.122.945.564	NAHOMI	ISABELLA	URREA	BARRERA		2							A	A			A	A						A							3	7	
08	RC	1.234.796.228	JAHEL	ALEXANDER	VALERA	CELIS		1						A		A				A						I							3	7	
09	RC	1.121.988.727	AXELL	LEONARDO	ARGUELLES	CRUZ		1							I					I						I							0	4	
10	CC	1.121.959.497	ALICIA	YERALDINE	INOCENCIO	VARELA	26								A					A						A							4	0	
11	RC	1.234.796.250	ZIAM	ARLEX	GARCIA	ROMAN		1									A				A						A						3	7	
12	CC	1.234.788.074	ANGELICA	MARIA	GUZMAN	PEÑA	26										A				A						A						4	0	
13	CC	1.006.553.967	MARIA	PAULA	GONZALEZ	SUAREZ	23										I				A						A						3	7	
14	CC	1.006.824.994	CHEYLAN	DAYANY	RAMIREZ	DELGADO	22										A				A						I						2	2	
15	RC	1.121.987.999	MARIANGEL		CHACON	REY		3									A				A						A						4	0	
16	RC	1.122.945.644	Dayana	Sofia	Puentes	fierro		1												I						I							0	3	
17	CC	1006877620	Chelsea	Alejandra	lopez	Bernate																											7	0	
																																TOTAL	42	19	

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: 50006532024
MES: 1 AGOSTO 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

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	1.121.934.594	MAYRA	YESSENIA	ARIZA	MORENO	29	2						I	A	I		I		A	I	I		A	I	I		A	I	I		5	0	
02	CC	1.123.431.817	YISSE	NATALIA	FONSECA	PEREZ	20	8						I	A	I		I		A	I	I		A	A	I		5	0	
03	CC	1.122.918.349	JEIDY	FRANCENY	OBANDO	CASTAÑO	21	7						I	A	I	A	I		I	I	I		I	A	I		I	A	I		4	1	
04	RC	1.122.544.111	LIAM	SAMUEL	MARTINEZ	MONTOYA		1					A	I	I	I		I		I	I	I		I	I	I		A	I	I		2	3	
05	RC	1.122.544.095	LIAM	MARTIN	FERNANDEZ	BALLESTEROS		2					A	I	A	I		I		I	I	I		A	I	I		A	I	I		4	1	
06	RC	1.029.971.814	ADHARA	SOFIA	VARGAS	LOPEZ		2						I	I	A		I		A	I	I		I	A	I		I	A	I		5	0	
07	RC	1.121.988.312	ELIAM	DAVID	RIASCO	QUINTERO		2						I	I	A		I		A	I	I		I	A	I		A	A	I		5	0	
08	RC	1.121.988.182	AMELIA		YANEZ	MORALES		3						I	A	I	A	I		A	I	I		I	A	I		I	A	I		5	0	
09	RC	1.121.988.335	JOHAN	SEBASTIAN	POVEDA	PRADO		3						I	I	A	A	I		A	I	I		I	A	I		I	A	I		5	0	
10	RC	1.122.945.527	ANGEL	SMITH	TORRES	TELLEZ		5						I	A	I	A	I		A	I	I		A	I	I		A	I	I		5	0	
11	RC	1.122.543.843	ASLY	NAHIARA	VILLARRAGA	SUAREZ		7						I	I	I	A	A		I	I	A		I	I	A		I	I	A		5	0	
12	RC	1.121.987.366	AXEL	JULIAN	NIETO	LUNA		7						I	I	I	I	A		I	I	A	A	I	I	A		I	I	A		5	0	
13	RC	1.121.988.294	JINETH	KAILANI	GONZALEZ	FONSECA		8						I	I	I	I	A		I	I	A	I	I	I	A		I	I	A		5	0	
14	RC	1.121.986.979	VALERI	MONSERRAT	MAGO	PEÑA		9						I	I	I	I	A		A	I	A	I	I	I	A		I	I	A		5	0	
15	RC	1.121.987.027	NAILY	CELESTE	SUAREZ			9						I	I	I	I	A		I	I	A	A	I	I	A		I	I	A		5	0	
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	70	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Adriana Tapiero
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: 900143127-8
NÚMERO DE CONTRATO: 5000553202 4
MES: AGOSTO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓ 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 CUENTAME 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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1234796143	MEDELENE	AILANY	CARDENAS	BERMUDEZ	0	5					A		A				A					A					A					5		
02	RC	1234796090	VICTORIA	SOPHIE	ZAPATA	ORTIZ	0	7					A	A	A				A					A					A					5		
03	RC	1121987610	LAURENTH	CAMILA	GARAY	ALFONSO	0	6					A	A	A				A					A					A					5		
04	RC	1234796176	THIAGO	KALETH	CAICEDO	SANCEHEZ	0	4					A		A				A					A					A					5		
05	RC	1029971791	DERECK	ISAIAH	CHAMORRO	MENDOZA	0	3							A					A					A					A				5		
06	RC	1234796134	LIAM	GABRIEL	ESPINOSA	VARGAS	0	6					A		A					A					A					A				5		
07	RC	1234796139	LIAM	ALEJANDRO	CORDERO	TIQUE	0	5							A					A					A					A				5		
08	RC	1234796194	ABBY	DAHIAN	AMAYA	RAMIREZ	0	4							A					A					A					A				5		
09	RC	1121988166	AHIANA	ISABELLA	ROA	GUTIERREZ	0	4					A		A					A					A					A				5		
10	CC	1234791089	CLAUDIA	YAQUELINE	CARVAJAL	VILLAMIL	26	0								A					A					A					A			5		
11	CC	1006950338	ANGELICA	MARIA	GARCIA		34	0								A					A					A					A			5		
12	CC	1052186494	YERLYS	PATRICIA	PINEDA	LOBO	25	0								A					A					A					I			4	1	
13	T.I	1123804988	GERINE	VALENTINA	BOLIVAR	IRREÑO	17	0								I					I					A					I			1	4	
14	CC	1006771640	LAURA	XIMENA	NIETO	NAVARRETE	25	0								A					A					A					A			5		
15																																				
																																	TOTAL	65	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES	1
	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	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES ICBF
NIT: 800.140.122-9 NUMERO DE CONTRATO: 5000053024
MES: AGOSTO 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 45-04 LIBERTADORES Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL CARIÑOSO
Teléfono UDS: 3114522360

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	1.029.982.170	RUBI	ESMERALDA	PASCUAS	FONSECA	19	7									A					I			A	A				I			2	2	
02	RC	1079971715	MARIA	JOSE	CASTRO	PARDO		3									A					A			A	A				A			4		
03	R.C	1122945532	MARIA	VICTORIA	URREGO	TORRES		4						A					A		A				A				A				4		
04	R.C	1121987858	AXEL	ADRIANN	MAGO	GONZALEZ		4						A					A			A			A				A				4		
05	CC	1.006.773.958	ROCIO	YERALDIN	ROBERTO	RIVERA	26	6									A	A			A				A				A			A	4		
06	R.C	1121986632	ALAIA	CRISTINA	FANDIÑO	AGUIRRE		10							A		A			A					A				I				3	1	
07	R.C	1121986801	YORMAN	ENRIQUE JULIAN	AGUIRRE	MONTAÑA		8							A		A			A					A				I				3	1	
08	RC	1121986878	LIAN	SAMUEL	MORENO	GARCIA		9							A					I					A	A			A				3	1	
09	RC	1.123.455.080	JUAN	FELIPE	FABRA	GUTIERREZ		2						A					A	A					A				A				4		
10	R.C	1.123.454.979	MIA	SAMANTHA	BEDOYA	ALVAREZ		5						A					A						A				A	A			4		
11	RC	1.121.988.342	LIAM	ESTEBAN	SUSA	RODRIGUEZ		2						A					I						I				I				1	3	I
12	R.C	1121987021	JOSE	MIGUEL	GARCIA	RODRIGUEZ		8									A			A					A				A				4		
13	T.I	1.018.440.614	EMILI	SHARITH	GUTIERREZ	ROBERTO	16	8							A			A			A				A				A				4		
14	C.C	1122508883	LAURA	LIZETH	RUIZ	CANTOR	25	11									A		A		A					A				A				4		
15																																			
16																																			
17																																			
																																TOTAL	48	8	

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 Barón L
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	1/08/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES DA J
NIT: 900.140.322-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000160
MES: AGOSTO AÑO: 2021
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: Fami BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MONICA MARIA ARIAS CALEANO CC: 42/91271
Código CUENTAME UDS: 500010002/8824 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL AMISTOSO
Dirección UDS: CL 14 A 42 09 ESTE SM 20 MZ 7 CS 2 BRR CIUDADELA SAN ANTONIO Teléfono UDS: 3208608436

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1.253.258.816	JUAN	DAVID	NOVOA	PUERTA		2		5	0	
02	R.C	1.123.455.007	CAMILO	SEBASTIAN	DIAZ	ACOSTA		5		4	1	
03	R.C	1.244.828.790	DYLAN	SANTIAGO	VELASQUEZ	GIRON		2		5	0	
04	R.C	1.121.988.505	MARIAPAZ		MANRIQUE	VALENCIA		2		4	1	
05	C.C	40.343.128	MAIRA	ALEJANDRA	ESTRADA		40			4	1	
06	R.C	1.244.828.741	ASHLEE	VICTORIA	DIAZ	GARCIA		4		5	0	
07	R.C	1.244.828.737	EMMANUEL	GAEL	REYES	PEÑA		4		5	0	
08	C.C	1.121.908.763	NELCY	DANIELA	VELASQUEZ	SEPULVEDA	31			3	2	
09	C.C	1.121.930.720	LETICIA		MOLINA	PEREZ	40			1	4	
10	R. C	1.122.543.916	PABLO	EMILIO	MARTINEZ	CRUZ		6		4	1	
11	R.C	1.244.828.783	ANTHONY	GAEL	RUBIANO	MONTOYA		2		5	0	
12	R.C	1.029.971.822	DYLAN	ALEJANDRO	FALLA	ISARRRA		2		5	0	
13	R.C	1.123.455.085	DANNA	LUCIA	GONZALEZ	VALENCIA		2		5	0	
14	C.C	1.069.901.494	RUBIELA	TATIANA	PASTRANA	REYES	29			2	3	
15	C. C	1.121.879.705	YESICA	LORENA	HERNANDEZ	GUALTEROS	33			5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	62	13	

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

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:
Pùblica

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000632024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: U N O Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCIA MORENO CRUZ CC: 4 0 3 9 4 6 2 2
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: 3 1 1 8 3 9 6 7 6 9

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, 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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	CC	1,006,874,540	ANGIE	TATIANA	SANCHEZ	GIRALDO	24		A	A	A	A	A	5		
02	CC	1,013,636,181	LAURA	YORELY	LOPEZ	ENCINOSA	33		A	A	A	A	A	5		
03	CC	1,121,958,411	ANDREA	LUCIA	GUARNIZO	RODRIGUEZ	27		A	A	A	A	I	4	1	
04	RC	1,244,828,808	KEVIN	GEOVANNY	OSPINA	TORRES		1	A	A	A	I	I	3	2	
05	RC	1,244,828,807	STEBAN	FERNEY	OSPINA	TORRES		1	A	A	A	I	I	3	2	
06	RC	1,193,092,325	JASBLEIDY	DANIELA	HERRERA	LEMUS		22	A	A	A	A	I	4	1	
07	RC	1,122,544,049	NIKOL	SOFIA	IBAÑEZ	RODRIGUEZ		2	A	A	A	A	A	5		
08	RC	1,123,455,015	LAYHAN	GUSTAVO	PEÑA	HERRERA		5	A	A	A	A	I	4	1	
09	RC	1,016,611,070	DAPHNY	LAURELL	PLATA	ECHAVARRIA		6	A	A	A	A	A	5		
10	RC	1123824767	LOGAN	SAID	DURAN	VALENCIA		5	A	A	A	A	A	5		
11	RC	1,122,945,575	SARAI	NAHIARA	AVILA	LUNA		2	A	A	A	A	A	5		
12	RC	1,244,828,677	ANTHONELLA		MUNEVAR	ALFONZO		7	A	A	A	A	A	5		
13	RC	1,029,971,428	LUNA	CELESTE	TORRES	BERMUDEZ		9	A	A	A	A	A	5		
14	RC	1,123,824,573	HELLEN	SOFIA	DIAZ	ACUÑA		9	A	A	A	A	A	5		
15	RC	1,121,961,912	ANTONELLA		SOSA	GUTIERREZ		11	A	A	A			2		
16	CC	1121957623	Luna	Paola	Lozada	Cadena	26	2				A	A	3		
17	CC	1127511136	(ANGI)	Daniela	Perez	Lozada	19						A	1		
18																
19																
20																

TOTAL 68 6

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
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 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: AGOSTO 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 SECERRA CC: 40390400
Código CUENTAME UDS: 500010065501 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL RINCON DE LA ALEGRIA
Dirección UDS: CALLE 25 D Nº 23 A 10[SIMON BOLIVAR Teléfono UDS: 3204893533

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC		NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
01	CC	1029981503	ANYI	LORENA	FLORIDO	SOTO	19	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
02	CC	1121887532	ESTEFANIA		HERRERA	GONZALEZ	33	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
03	TI	1121876643	NICOL	BRILLI	GALEANO	MARTINEZ	16	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
04	CC	1121878496	MERLY	YULIETH	CAÑETES	ARIAS	0	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
05	SD		ANDIEL	JOSE	JIMENEZ	GUZMAN	0	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
06	RC	1123825165	EITHAN	NIKOLAS	QUINTERO	VARGAS	0	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
07	RC	1121988374	EMIR	DAVID	FLORES	BELTRAN	0	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	9	1	
08	RC	1123825057	EVELYN	ALEJANDRA	PARDO	GUALTERO	0	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	4	1	
09	RC	1029971770	ETHAN	SAMAEL	SIERRA	VARGAS	0	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	4	1	
10	RC	1122544060	DYLAN	SANTIAGO	MARTINEZ		0	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
11	RC	1029971733	IAN	SANTIAGO	BABATIVA	CARDENAS	0	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
12	RC	1121988021	TAMMY	MAHIA	TORO	UMAÑA	0	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
13	RC	1121987838	EMILIO		RESTREPO	MORALES	0	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
14	RC	1121987795	ANDRES	EMILIANO	LATORRE	GUARNIZO	0	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
15	RC	1123454989	ARIANA	CELESTE	PEÑUELA	MARIN	0	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	5		
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 73

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

Aura Alicia M.B.
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 3
NIT: 800 143 122-6
MES: AGOSTO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:
NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN: CC
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA PATICIA BELTRAN C
Código CUENTAME UDS: 500010002 4771
Dirección UDS: CALLE 20 # 11 - 47 CAMELIAS
Centro Zonal: UNO
CC 40381193
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMI DEJANDO HUELLAS
Teléfono UDS: 3115390588
Hoja 1 de 1

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.253.258.823	ANGEL	MATHIAS	GOMEZ	GONALEZ		2	A	A	A	A	A	5		
02	RC	1.121.988.362	GABRIELA	LUCIA	CALA	PINZON		2	A	A	A	A	A	5		
03	RC	1.121.988.330	EITHAN	ANDRES	PARDO	BAQUERO		2		A A	A	A	A	5		
04	RC	1.122.544.028	HELLEN	MARIAM	MORALES	CUETO		3		A A	A	A	A	5		
05	RC	1.029.971.775	NAOMY	ISABELLA	TORRES	MUÑOZ		3		A A	A	A	A	5		
06	RC	1.123.455.058	EMELY	SOFIA	GONZALEZ	CHANTRE		3		A A	A	A	A	5		
07	RC	1.121.988.129	EIMY	LUCIANA	MAYORGA	LOPEZ		3		A	A A	A	A	5		
08	RC	1.029.971.720	LIAM	GAEL	POMBO	MARTINEZ		4		A	A	A	A	5		
09	RC	1.253.258.719	EIMY	CELESTE	LOVERA	RINCON		4		A	A A	A	A	5		
10	RC	1.121.987.860	EITHAN	MATEO	RUBIANO	HERNANDEZ		4		A	A	A A	I	4	1	
11	CC	1.121.957.400	LIBY	JHOANA	CHANTRE	VARGAS	27			A	A	A A	A	5		
12	CC	1.234.789.051	JHOANA	DANIELA	MORA	LUNA	28			A	I	/	/	1	1	
13	CC	1.006.858.938	JULIANY	ANDREA	HERRERA	ZAMORA	22	9		A	A	A	A A	5		
14	CC	1.121.899.829	DIANA	PAOLA	MARTINEZ	TARACHE	32	11		A	A	A	A A	5		
15	RC	1.123.825.172	JUAN	MARTIN	CASTRO	LEIVA		1		A	A	A	A A	5		
16	RC	1029971943	OSHARA	ISABELLA	CRUZ	MORA		0				I A	I	1	2	
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	714		

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

COORDINADOR(A) EA

SANDRA BELTRAN C.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F&MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES 2
NIT: 800.143.122-8 — NUMERO DE CONTRATO: 5000853524
MES: AGOSTO — 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: 40336414
Código CUENTAME UDS: 500010028060 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRESITAS
Dirección UDS: CLLE 6 No 26-25- I7 COMUNEROS — Teléfono UDS: 3214991749

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	S.D.		ALAHIA	SOFIA	HERNANDEZ	LUNA	0	0		2	3	
02	R.C	1.121.988.261	IAN	GAEL	ROMERO	PIRIACHE	0	2		5		
03	R.C.	1.122.945.555	SAMUEL	STEVEN	REY	AVILA	0	3		5		
04	R.C	1.123.825.045	ALAHIA	GABRIELA	MORALES	SANCHEZ	0	2		5		
05	C.C.	1.124.827.099	CAROLINA		LOZANO	ALARCON	30	5		5		
06	C.C.	1.006.820.417	CAMILA	ANDREA	ECHAVARRIA	LLANOS	25	2		5		
07	R.C	1.123.825.109	VALERY		IBARGUEN	ROMERO	0	2		5		
08	R.C.	1.121.988.239	LIAM	MATEO	SAMBRANO	MEZA	0	4		5		
09	R.C.	1.121.987.775	NOAH	GAEL	LADINO	SALCEDO	0	5		5		
10	R.C.	1.123.455.017	DULCE	MARIA	BALLESTEROS	RODRIGUEZ	0	4		5		
11	R.C	1.121.987.325	CHRISTOPHER	ELIAM	PIRIACHE	VELANDIA	0	5		5		
12	T.I.	1.121.869.850	SHARON	SADAY	PULIDO	ARDILA	17	8		5		
13	C.C	1.121.891.077	JENNY	PAOLA	BERMUDEZ	TURRIAGO	34	11			1	
14	C.C	1.121.900.407	MONICA	YUELI	VILLALBA	CHAVEZ	32	8		5		
15	R.C.	1.121.988.009	LIAM	SANTIAGO	LADINO	ZUBIETA	0	4		5		
16	RC	1121988785	LIAM	JOSEPH	CEPEDA	ARDILA	0	0		5		
17										1	3	
18												
19												
20												

TOTAL 80 2

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

Derly J Herrera
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MD12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES I
NIT: 900.153.122-8 — NÚMERO DE CONTRATO:
MES: JULIO — AÑO: 2023
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 GAFICA — 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

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	
	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 / CAUSA DE RETIRO
01	CC	31359406	NAZARETH	DE JESUS	PULIDO	PULIDO	19	10		5	0
02	SD	1.121.988.879	DARLIANNYS	ELIZABETH	CHIRINOS	HEREDIA	0	1		5	0
03	CC	1029971856	MICHEL	SOFIA	MEJIA	VERA	0	2		5	0
04	CC	1029971858	KARIANNYS	MELISA	MEJIA	VERA	0	2		5	0
05	CC	1029971857	YEREMI	MATHEO	MEJIA	VERA	0	2		5	0
06	RC	1.122.544.032	CARLOS	NICOLAS	NUÑEZ	ALVAREZ	0	3		5	0
07	RC	1029971831	ALANNA	ITZAE	SALAVARRIETA	BAQUERO	0	2		5	0
08	RC	1.121.987.767	PAULA	JOHANA	MANRIQUE	MANRIQUE	0	6		5	0
09	RC	1.121.987.798	EMILY	SARAY	PEREZ	IDROBO	0	6		5	0
10	RC	1.123.825.075	EMILY	SAMARA	SOLER	ANGULO	0	3		5	0
11	RC	1123825113	GEORGE	JERONIMO	MORA	ALVIRA	0	2		5	0
12	CC	1.121.853.392	BLANCA	ROSSIO	ROJAS	YATE	36	1		5	0
13	CC	1.122.510.049	MARIA	FERNANDA	CASAS	BONILLA	20	2		5	0
14	CC	1.121.892.918	SHIRLEY		URREGO	OSPITIA	32	11		5	0
15	CC	1121968522	HEIDY	GERALDINE	ROMERO	CARDENAS	26	8		5	0
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
									TOTAL	5	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) ÁREA

Alix Andrea Sánchez
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: 5009532024
MES: AGOSTO 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: 36 263 055
Código CUENTAME UDS: 50001001279S6 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								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	1028625428	JOSEPH	YARED	RODRIGUEZ	MAAMARI		3	A A A I	A A A A A	4	1	
02	CC	1000047041	ERIKA	VANESSA	SANTOYA	HERNANDEZ	24	9	A A A A A	A A A A A	5		
03	CC	1120386025	LEIDY	VIVIANA	CASTRO	AMARILES	26	6	A A A A A	A A A A A	5		
04	CC	1006661887	YELSY	DAYANA	GONZALEZ	CALDERON	24	6	A A A A A	A A A A A	5		
05	CC	1013689072	ZULAVI		MARIN	CEBALLOS	24	1	A A A A A	A A A A A	5		
06	CC	1022386395	ANGELA	MILENA	CASTRO	LOPEZ	32	2	A A A A A	A A A A A	5		
07	CC	1121963048	PAULA	MARITZA	CUENCA	VACCA	26	2	A A A A A	A A A A A	5		
08	CC	1121877498	NATALY		MARTINEZ	GUERRA	34	2	A A A A A	A A A A A	5		
09	CC	1121954098	DAMARIS	ASTRID	ARDILA	AREVALO	27	7	I / / / /	/ / / / /		1	
10	CC	1121936031	CARMEN	PATRICIA	AVILA	CASTAÑEDA	29	0	A A A I A	I A A A A	3	2	
11	RC	1122544069	DIKXON	SNEIDER	ROMERO	MARTINEZ		1	A A A A A	A A A A A	5		
12	RC	1122544057	ANA	SALOME	PERILLA	GRIMALDO		1	A A A A A	A A A A A	5		
13	RC	1121988353	KEINER	MATTEO	CRUZ	CABRERA		2	A A A A A	A A A A A	5		
14	RC	1121988307	EMILIA		LARA	BURGOS		2	A A A A A	A A A A A	5		
15	RC	1253258758	MAHIA	CELESTE	CAICEDO	VARELA		2	A A A A A	A A A A A	5		
16	RC	1123455137	ZAYLEE	CAMILA	GAVIRIA	ARDILA		0	I A I A I	I A A A A	1	3	
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	68	7	

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

COORDINADOR(A) EA

Dellaneth Morera
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: 5000832824
MES: AGOSTO — 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): DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES — CC: 40330274
Código CUENTAME UDS: 5000100122436 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR RAYITOS DE LUNA
Dirección UDS: K18A 25A 90 94 C 25D 18 33 COS ML — Teléfono UDS: 3004993633

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	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	RC	1029971855	VICTORIA	GRACE	MONTOYA	BELTRAN	0	1		31	
02	RC	1121988629	DOMINICK	SEBASTIAN	SABOGAL	QUIÑONES	0	1		31	
03	RC	1121988536	SAMUEL	STEVEN	DIAZ	LONDOÑO	0	1		31	
04	RC	1123825152	ABBIE	SAMANTHA	MARTINEZ	ROJAS	0	1		31	
05	RC	1121988365	LIAM	SANTIAGO	CUINTACO	SOLANO	0	3		31	
06	RC	1122918895	ABBY	LUCIANA	SANCLEMENTE	RONDON	0	5		31	
07	RC	1121988608	CRISTIAN	EMILIANO	ROJAS	AVILA	0	1		31	
08	RC	1122543857	ABBY	SOFIA	HERRERA	SALGADO	0	6		31	
09	RC	1121987391	DULCE	MARIA	DIAZ	BEJARANO	0	6		31	
10	RC	1123454917	MIA	ISABELLA	TELLEZ	NIÑO	0	6		31	
11	RC	1123825051	LIAM	SANTIAGO	GALLARDO	REY	0	3		31	
12	RC	1121988158	LAHIAM	ALEJANDRO	SIERRA	MEJIA	0	4		31	
13	RC	1122543818	AARON		GONZALES	GALIANO	0	5		31	
14	PPT	6216234	YOSLEIVIS	NAZARETH	GONZALES	PEREZ	20	3		31	
15	RC	1121987741	ALAN	ANDRES	PARRADO	CASTRO	0	5		31	
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	17	5

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	1/06/2018
Version 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

MODALIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HOGARES DE FORPAZ

NIT: 900143122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000653224

MES: AGOSTO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCION: FAMI

CENTRO DE ATENCION: CDI RC-71 TIPO: ____ TM: ____

Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): LEIDY MARCELA CERPA MENDEZ CC: 1 0 8 2 6 3 7 2 3 3

Codigo CUENTAME UDS: 5000100023855 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: LA ALEGRIA

Dirección UDS: CRA 9 ESTE 12 SUR 12 VALLES DE ARAGON Telefono UDS: 3 0 1 2 2 0 3 3 2 6

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1244828628	AYLIN	LUCIANA	MEDINA	GOMEZ	0	10					A		A					A					A					A				5		
02	RC	1123454869	LEONEL	DAVID	REINA	RODRIGUEZ	0	9					A		A					A					A					A				5		
03	RC	1121886930	LIONEL	MATHIAS	MARTINEZ	CHAVISTA	0	8						A	A					A					A					A				5		
04	RC	1121987384	ANTONELLA		MARTINEZ	BONILLA	0	7						A	I					A					I					I				2	3	
05	RC	1123454940	IAN	MAXIMILIANO	DIAZ	FRANCO	0	6							AA					A					A					A				5		
06	RC	1121987445	ANGEL	DAMIÁN	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	6								AA					A					A					A			5		
07	RC	1244828704	THIAGO	ANDRES	GUEVARA	CAMPERO	0	6								A					AA					A					A			5		
08	RC	1121987685	CHRISTOPTHER	GAEL	MARTINEZ	NAVARRO	0	4								A				A	A					A					I			4	1	
09	RC	1244828734	LYA	EVANGELINE	PULIDO	GUTIERREZ	0	3								A					A	A				A					A			5		
10	RC	1244828744	PEDRO	JOSUE	AVELLANEDA	CAÑÓN	0	3								A					A				A	A					A			5		
11	RC	1122945549	EMILY	ANTONELLA	SAAVEDRA	RAMIREZ	0	3										A				A					A	A				A		5		
12	RC	1121988492	EMMA	SARAY	BARRETO	ROMERO	0	1										A				A					AA					A		5		
13	RC	1244828824	MARIA	GABRIELA	CORTES	IBAÑEZ		0										I				1					I			A		I		1	4	
14	CC	1121905648	DIANA	CAROLINA	CONTENTO	NIÑO	31	7										A				A					I				A	I		3	2	
15	CC	1010040813	LAURA	CAMILA	DAVILA	SOTO	30	7										A				A					A					AA		5		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 65/70

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Leidy Cerpa Mendez

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 HOB PORFIA 1
NIT: 806.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SULLY GUTIERREZ CC_1121816825
Código CUENTAME UDS: 500011119021 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad 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		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1029971730	ANGEL	GAEL	DIAZ	JUEZ		3		A	3	
02	RC	1121988398	ISABELLA		MARIN	ROMERO		1		5		
03	RC	1121988048	MATHIUS		ORTIZ	ARIAS		3		5		
04	CC	1068930034	CAROLINA		BAYONA	ORTIZ	28			5		
05	RC	1121987916	EMMA		LUCAS	BARRIOS		3		5		
06	RC	1029971849	EMMA	DARIANA	GARABITO	LEON		1		3	2	
07	RC	1121988187	MIA	CELESTE	TORRES	MOSQUERA		3		4	1	
08	RC	1121988274	ERICK	SAMUEL	BENITEZ	MORENO		2		5		
09	CC	1121922425	NEIDY	YULIETH	SANCHEZ	ZAPATA	31			5		
10	CC	1006877648	MARIA	JOSE	OSORIO	CORTES	24			5		
11	RC	1121988479	ARIAN	YARED	ALONSO	GUTIERREZ		1		5		
12	CC	1121916593	YURY	LIZETH	GALLEGO	ZAPATA	31			1	4	
13	RC	1120577355	JULIANA	ANDREA	FLORES	ARIAS	31			1	4	
14	RC	1121988589	LIAN	EMMANUEL	MELO	TABARES		1		5		
15	CC	1006795929	JASBLEIDY		CARDENAS	ABROL	22			1	4	
16												
17												
18								8				
19												
20												
										TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS / NIÑAS MENORES / MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS / NIÑAS MAYORES DE 5 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: 50008532024
MES: AGOSTO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICECNIO
Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): LIZETH VIVIANA SANCHEZ
CC: 1 1 2 1 8 9 1 9 4 4
Código CUENTAME UDS: 500...
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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES–VIERNES)	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1.121.956.601	ANGIE	JOHANA	TRUJILLO	LOPEZ	26	11	A A A A A	
02	C.C	1.006.621.892	KARLA	JINETH	MURILLO	RESTREPO	26	2	A A A A A	
03	C.C	1.244.828.835	EMMA	ISABELL	CUBURUCO	GUAYABO		0	A I I I I	
04	R.C	1.123.825.135	AURA	NOHOMI	BETANCOURTH	BARRERA		1	A A A I A	
05	R.C	1.122.544.045	EVELYN	AITANA	PEREZ	PEÑA		2	A A I A I	
06	R.C	1.123.455.035	AMAIA	CELESTE	CEBALLOS	VILLAMIL		3	A I A A I	
07	RC	1.123.824.940	AILANI	LUCIANA	QUINTANA	GUTIERREZ		4	A A I A A	
08	R.C	1.244.828.748	DAPNE	SARAY	DIAZ	RAMIREZ		4	A A I A A	
09	R.C	1.121.987.816	DARA	CELESTE	SARMIENTO	GALVIS		5	A A A A I	
10	R.C	1.029.971.641	ASHLEE	VICTORIA	ANDRADE	GUTIERREZ		5	A A I A	
11	R.C	1.121.987.636	KAROL	STEFANNY	ARDILA	ENCISO		5	A A A I	
12	R.C	1.122.543.828	MIA	SALOME	GONZALEZ	GRANADOS		8	A A A A A	
13	R.C	1.122.945.441	MARTIN	SANTIAGO	RONCANCIO	CALVO		10	A A A A A	
14	R.C	1.029.971.389	EMY	LUCIANA	USAQUEN	VARGAS		11	A A A A A	
15	R.C	1.244.828.630	HANNA	MARIA	OSORIO	VELASQUEZ		11	A A A A A	
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	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

VIVIANA SANCHEZ
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: AGOSTO 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	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DEL RETIRO
01	R.C	1123825050	MARIA	DANEIDY	LIEVANO	HURTADO		2		A A	A A A	A A A	A A A	A A A	5	0	
02	R.C	1121988076	MAXIMILIANO	DAVID	GARCIA	ZULETA		3		A A	A A A	A A A	A A A	A A A	5	0	
03	R.C	1123824969	EILEEN	ALANNA	ARIZA	GARCIA		3		A A	A A A	A I A	I I I	I I	3	2	
04	R.C	1121987851	BELLA	ANTONELLA	CRUZ	MOLANO		4		A A	A A A	A I A	I I I	I I	3	2	
05	R.C	1121987827	MARIA	FERNANDA	SALINAS	HERNANDEZ		5		A	A A A	I I I	I I I	I I A	3	2	
06	R.C	1253258631	MIGUEL	ANGEL	VELEZ	NIETO		5		A A	I I I	A A A	A A A	A A A	4	1	
07	R.C	1123454956	LIAM	ANDREY	DONCEL	SERRANO		5		A	A I I	A A A	A A A	A A A	4	1	
08	R.C	1122945470	DANNA	LUCIA	AGUDELO	DOMINGUEZ		6		A	I A I	I I I	I I I	I I I	2	3	
09	R.C	1006877670	ANGY	JULIETH	SANCHEZ	MORENO	23	11		A	I I I	A A A	A A A	I I I	3	2	
10	C.C	1006797859	NINFA	MAYERLY	URREA	RODRIGUEZ	24	7		A	A I I	A A A	A A A	A A A	5	0	
11	C.C	1006828346	CAROLAIN	TATIANA	VIZCAINO	SOSA	27	2		A	A I I	I I I	I I I	A I I	3	2	
12	C.C	1007794351	LUZ	AMPARO	SALAMANCA	CAICEDO	27	6		A	I I I	I I I	I I I	A I I	2	3	
13	C.C	1121948976	ALIX	ANDREA	ANGEL	HERNANDEZ	27	9		A A	A I I	A A A	I I I	I I I	3	2	
14	C.C	1115917470	DAYANNA	NICOLE	CUELLAR	CASTAÑEDA	28	6		A	A I I	A A A	A A A	A A A	5	0	
15	C.C	1121877827	RUTH	DE VIVIANA	FONSECA	ROZO	34	2		A	A A A	A A A	A A A	A A A	5	0	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
														TOTAL	55	20	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 1 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	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: 5000532024
MES: AGOSTO 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					A					5		
02	CC	1.121.849.670	MAIA	ALEJANDRA	SUESCUN	SILVA	18								A					A					A					A					5		
03	CC	1234792615	TATIANA	ANDREA	AGUILAR	TORO	25							A	A					A					A					A					5		
04	CC	1006856087	KAREN	SHIRLEY	DAZA	GARZON	25							A	A					A					A					A					5		
05	RC	1244828829	AYSEL	NOEMMY	BARRAGAN	AGUDELO		1							I			A		I					A					A					3	2	
06	CC	1006777877	JULIETH		REYES	MELO	24									I					A					A	A					A				4	1	
07	RC	1121988474	SAMIR	YAEL	CARO	TIVOLI		1								A					I					I						A				3	2	
08	CC	1073697967	YESICA	ESTEFANIA	CUELLAR	PEREZ	31									A					A					A					A	A				5		
09	RC	1244828739	BRAYAN	JESUS	CABARICO	SANCHEZ		4								I				A	I					I						I				1	4	
10	CC	1121910706	DANIA	CONSTANZA	MATIAS	PATIÑO	31									A					A	A				A						I				4	1	
11	RC	1244828809	WILLIAM	FELIPE	PEDRERO	TOBAR		1									A				A	I					I					I				2	3	
12	CC	1006875364	ANGIE	VANESSA	GALVIS	FLORES	24										I					A					A					A	A			4	1	
13	CC	1121933531	LUZ	EDID	TOTENA	CASTRO	29						A				A					A					A						A			5		
14	RC	1121987870	LIZETH	THALIA	VALENCIA	MANCERA		4									A					A					A					A	A			5		
15	RC	1121987034	EMILY	NAHOMI	CORREA	GONZALEZ		8									A					I				A	A						A			4	1	
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																			TOTAL	75	

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:	9

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 HOGARES A.2
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE A 9 5 5
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN 35261952
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
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 (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	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				
01	T.I	1119889588	GINA	LIZETH	NAVARRO	SANTANA	15	10		5		
02	CC	1026300900	HELEN	NICOL	VELASQUEZ	GONSALEZ	28	06		5		
03	CC	1125553069	VIKY	TATIANA	JAIMES	RIAÑO	27	06		5		
04	CC	1121886586	RAIZAL	LEHANID	CAÑON	VEGA	33	04		5		
05	CC	1006877021	JENNY	PAOLA	DIAZ	HERNANDEZ	22	00		5		
06	CC	1006774594	LINA	MAYERLY	VARGAS	PERALTA	22	02		1	1	
07	TI	1121711301	GINETH		GARCIA	GONZALEZ	17	09		5		
08	CC	1121891857	LAURA	MICHELL	ROA	VIRGUEZ	19	06		5		
09	CC	1121955353	LUISA	FERNANDA	CARDONA	DIAZ	27	00		5		
10	RC	1122945634	BRIANCY	YURLEY	JIMENEZ	RODRIGUEZ	00	01		5		
11	RC	1121988601	MARIA	PAZ	LEAL	VERA	00	01		5		
12	RC	1121988507	EIMY	GICEL	VELASQUEZ	CASALLAS	00	01		5		
13	RC	1121988413	DERIAM	ANDRES	MORALES	RONDON	00	02		5		
14	RC	1122945569	LIAM	MATEO	PAREJA	FUENTES	00	02		5		
15	RC	1121987891	ERICK	SMITH	BELTRAN	HOLGUIN	00	04		5		
16	RC	1121988748	Isaac	Alejandro	Vargas	Vargas	00	00		3		
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	94	1	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Adriana Nieto C.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

P6.MO12.PP	1/06/2018
	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES 3
NIT: 900.162.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 5800032024
MES: AGOSTO 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
Código 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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, 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			
01	CC	1.141.314.551	SARA		GONZALEZ	PAREJA	19	1			
02	CC	1.006.857.010	DAYANA	CAMILA	YAGUILU	CARRION	27	10			
03	CC	1.023.956.933	GILMA	PAOLA	MEJIA	VERA	21	11			
04	RC	1.121.966.067	MONICA	LILIANA	RODRIGUEZ	GARCIA	25	10			
05	CC	1.006.825.789	KAREN	ALEJANDRA	AVILA	AGUDELIO	21	10			
06	RC	1122445653	HEILEN	MILAGROS	ROMERO	VELASCO	0	0			
07	RC	1.122.543.976	MIA	ISABELLA	VELASQUEZ	MANCIPE	0	3			
08	RC	1.121.988.058	DOMINCK	MATHIAS	VERGARA	CASTAÑEDA	0	3			
09	RC	1.029.971.756	DANNA	ISABEL	ZAMBRANO	CAMARACO	0	3			
10	RC	1.122.543.960	ITZAMARAY		MARQUEZ	RUIZ	0	4			
11	RC	1.121.987.901	JOSE	ALEXIS	RODRUIGEZ	VERA	0	4			
12	RC	1.123.824.985	JADE	CATALEYA	IBARRA	DUARTE	0	4			
13	RC	1.121.987.747	ISAAC		SARMIENTO	ESCALANTE	0	5			
14	RC	1.121.987.689	ADARA	SOFIA	ROBAYO	CUAURO	0	5			
15	RC	1.121.987.628	JOHANI	ANDRES	RESTREPO	CULMA	0	5			
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	10 / 5	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

LEIDY JOHANNA 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: 800.141.122-4 NUMERO DE CONTRATO: 5000630834
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMIBIENVENIR

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
Codigo CUENTAME UDS: 506100115973 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: MANITOS ENCANTADAS
Direccion UDS: CALLE 43 A ESTE 13-50 BARRIO PORTALES DEL LLANO Telefono UDS: 3206469268

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL FALLAS	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES				
01	RC	1.234.796.093	MARIAN		ULCUNCHE	VEGA	0	5		5		
02	RC	1.029.971.797	MIA	ADHARA	AGUILAR	SOSA	0	1		3	2	
03	RC	1.122.544.129	MILAN	MAXIMILIANO	CORTES	BORRERO	34	8		1	4	
04	RC	1.122.945.529	ASHLY	VANESA	ESCOBAR	SALAZAR	0	2		4	1	
05	CC	1.006.700.448	LUISA	FERNANDA	ROJAS	GOMEZ	24	6		5		
06	RC	1.121.988.199	KENDRICK	LISSANDRO	TRIANA	CORTES	0	1		4	1	
07	RC	1.122.543.891	ELIAN	SANTIAGO	MORENO	MELO	0	5		5		
08	C.C	1.003.556.593	ANA	MARIA	ZAPATA	ROJAS	23	4		5		
09	CC	1.121.930.074	CAMILA	ANDREA	VARGAS	ACEVEDO	29	6		2	1	
10	RC	1.121.988.368	SARA	VICTORIA	ROJAS	HERRERA	0	1		3	2	
11	RC	1.253.258.814	ERICK	JHOAN	RODRIGUEZ	CAÑAVERAL	0	1		5		
12	CC	1.029.982.541	ANGIE	DANIELA	IBARGUEN	SANCHEZ	18	3			1	
13	CC	1.006.861.134	LEIDY	MAYERLY	ARBOLEDA	GONZALEZ	23	6		5		
14	C.C	1.029.971.885	NAHUM		LOPEZ	GAMEÑA	0	1		4	1	
15	C.C	1.121.947.342	LINA	YURLEY	REYES	GOMEZ	27	11		4	1	
16	RC	1244868849	Anadna	Isabel	Ibarguen	Sanchez				1	3	
17	SD		Mathias		Moreno	Vargas				1	1	
18												
19												
20												
									TOTAL	57	18	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 5 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	2
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 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Asociación de HCB Porta 1
NIT: 900.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO CC: 40328636
Código CUENTAME UDS: 5030100000458 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI HUELLITA
Dirección UDS: CR 34 N 23-67 SAN BENITO Teléfono UDS: 3133775961

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENORES		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.123.455.125	AYLIN	SOFIA	ROJAS	ROZO	0	0			7	4	
02	RC	1.123.455.124	DYLAN	ANDRES	ROJAS	ROZO	0	0			7	4	
03	RC	1.029.971.815	SAMANTHA		RAMIREZ	BEJARANO	0	1			15		
04	RC	1.121.987.009	THIAGO	ALEXANDER	PEREIRA	PEDROZO	0	8			16		
05	RC	1.029.971.596	JEISSON		CONDE	VARGAS	0	5			15		
06	CC	1.010.103.389	PAOLA	ANDREA	REYES	LOAIZA	25	0			13	2	
07	CC	1.121.881.497	SANDRA	LORENA	BELTRAN	AVILA	33	9			15		
08	CC	1.006.821.540	JENNY	PAOLA	PEREZ	MEJIA	27	10			15		
09	CC	1.192.916.030	ANDREA	VALENTINA	MORENO	MUÑOZ	25	0			15		
10	RC	1.123.825.190	MARIA	VICTORIA	VELASCO	DIAZ	0	0			13	2	
11	RC	1.123.825.068	MATIAS		ALMEIDA	PEREZ	0	2			15		
12	RC	1.122.544.090	SHEILY	LUJAN	MORENO	VALLEJO	0	1			14	1	
13	RC	1.122.945.610	ANGEL	EMILIO	GARZON	PARDO	0	1			15		
14	RC	1.122.544.094	ALIZHT	NAHOMY	REINA	VARGAS	0	1			15		
15	RC	1.253.258.936	HEMZEH	SAMAHI	JIMENEZ	RAMONES	0	0			23		
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	34	16	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

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 2
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000932024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: MI PEQUEÑA LULU

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
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: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
08	REGISTRO CIVIL	1.029.971.800	THIAGO	EMMANUEL	BAZAN	ALFONZO		2		5		
02	REGISTRO CIVIL	1.121.988.144	LEO	NOAH	PORRAS	SOLORZANO		3		5		
03	REGISTRO CIVIL	1.121.987.996	KHLOE	ADHARA	BLANCO	ULABARRI		3		5		
09	REGISTRO CIVIL	1.121.988.367	EITHAN	NARETH	USURIAGA	MEJIA		2		5		
05	REGISTRO CIVIL	1.253.258.696	VICTORIA		MONDRAGON	SERRANO		4		5		
06	REGISTRO CIVIL	1.121.987.671	ABBY	ANTONELLA	CASTAÑEDA	CASTAÑEDA		5		5		
07	REGISTRO CIVIL	1.121.987.939	ANDRES	KALETH	BERNAL	LINCE		4		5		
08	REGISTRO CIVIL	1.121.988.637	EITHAN	DAVID	MORALES	ROJAS		2		5		
04	REGISTRO CIVIL	1.121.988.538	JARED	FELIPE	USURIAGA	GUTIERREZ		1		5		
01	REGISTRO CIVIL	1.121.987.672	ANA	MARIA	GUTIERREZ	MONDRAGON		5		5		
11	CEDULA	1.007.910.679	LINA	MARCELA	JIMENEZ	CABRERA	23			5		
14	CEDULA	1.121.822.981	MAIRA	ALEJANDRA	HENAO	ARIAS	21			5		
13	CEDULA	1.121.945.398	MARICELA		ASCENCIO	CRIOLLO	18			5		
14	CEDULA	1121897812	MAIRA	LISETH	VARGAS	JIMENEZ	21			5		
10	CEDULA	1.123.801.221	JAIDY	FAISULLY	HERRERA	PRIETO	19			5		

TOTAL 75

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 Garcia
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCION 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 HOGARES P.A.I.
NIT: 900.143.122-6
NUMERO DE CONTRATO: 50000053024
MES: AGOSTO
AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIA RIVERA
Código CUENTAME UDS: 5.0001E+12
Dirección UDS: CALLE 26 SUR#37c-31 GUATAPE II

Hoja 1 de 1
Centro Zonal:
Municipio: VILLAVICENCIO
CC: #
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PEQUEÑO MUNDO
Teléfono UDS: #

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1121988355	NICOLAS		VEGA	CABANERIO		2	3	2	
02	RC	1123825166	LIAM	SAMUEL	PLAZAS	ALBARRACIN		1	2	3	
03	RC	1029971758	JASLEY	ANTONELLA	PORTELES	LOZADA		3	3	2	
04	RC	1121987625	MIA	CELESTE	GONZALEZ	MUÑOZ		6	4	1	
05	RC	1121987642	MIA	VALERIA	GONZALEZ	MUÑOZ		6	4	1	
06	RC	1123455005	MAILIN	VERONICA	VILLAREAL	CANO		4	3	2	
07	CC	1007702996	KAREN	LORENA	MURCIA	TAPIERO	24		5		
08	RC	1029971861	SAMARA	ANTONELLA	CASTILLO	REYES		1	4	1	
09	CC	1121913969	LAURA	YURANIS	VILLADIEGO	RODRIGUEZ	31		4	1	
10	T.I	6218675	AMBERLY	JOSMARY	MARTINEZ	QUERALES	17		3	2	
11	CC	1010133644	MARLY	FAISULY	MECHE	MARQUEZ	25		5		
12	RC	1234976160	CRISTIAN	ALEXANDER	SANCHEZ	NIETO		5	5		
13	CC	11219513777	MARIA	ISABEL	LOPEZ	CARATAGENA	27		3	2	
14	RC	1121987990	VAIOLED	AILHEN	VARGAS	RINCON		5	5		
15	RC	1.029.971.827	GAEL	ALEXANDER	PARRA	ROJAS		2	5		
									TOTAL 58	17	

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

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 FORTALI
NIT: 900.161.122-5 NÚMERO DE CONTRATO: 9000153024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNC Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CORTES CUENCA CC: 40384463
Código CUENTAME UDS: 5000190134245 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PRIMERA INFANCIA
Dirección UDS: CR 59A E 28B25 MZ 34 CS 1 Teléfono UDS: 3213104499

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.	NUMERO 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	RC	1.121.987.507	SARA	CAROLINA	VARGAS	CAICEDO	0	5						A			A		A					I				A					4	1	
02	RC	1.029.971.619	SOLEY	GABRIELA	RIAÑO	SIERRA	0	5						A			I	A	A					A				I					3	2	
03	T.I	1.123.436.806	LEZZI	FANORY	BOCANEGRA	DAZA	17	5						A			A		A					A	A			I					5		
04	CC	1.121.147.106	JOHANA	ANDREA	ARIAS	SANABRIA	19	1						I			I		I					I		A		I					1	4	
05	CC	1.000.860.339	JANIA	GISELA	VALENZUELA	CASTELLANOS	22	2						A			I		I					I				I	A				2	3	
06	CC	1.010.043.402	LEIDY	CAROLINA	ARENAS	LEMUS	27	2						I	A				A	A					A				A	A				5		
07	RC	1.029.971.654	EVANGELINE	MABELL	CHAVES	VERGARA	0	5						A	A				A	A					A				I					3	2	
08	RC	1.244.828.774	MAXIMILIANO		LOPEZ	RODRIGUEZ	0	3						A	A				A	A				A	A				I					4	1	
09	CC	1.123.801.024	MAYLIN	DANIELA	GARCIA	PAEZ	21	10					A	A	A				A	A					A				A					5		
10	RC	1.121.987.937	IZZAN	ALEXANDER	GARZON	URBANO	0	3				A		A	A				A	A					A				A					5		
11	RC	1.121.988.655	ADHARA	ISABEL	CARVAJAL	PIÑEROS	0	1				A	A				A			A						A				A				5		
12	RC	1.123.824.986	LIAM	JERONIMO	DAZA	GUZMAN	0	3						A	A				A	A					A				A					5		
13	RC	1.253.258.821	ALAHIA	ANTONELLA	VILLA	USMA	0	2				A					A			A					A				A					5		
14	RC	1.123.455.069	SARALIX	ANTHONELLA	VANEGAS	NARVAEZ	0	3											A						I				A					4	1	
15	RC	1.094.945.052	ZULY	YARIZA	ORDOÑEZ	GUTIERREZ	30	9																	I				A					2	3	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 5817

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

COORDINADOR(A) EA

LUCELLY CORTES CUENCA
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	01/06/18
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOB PORFIA 3
NIT: 809.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: AGOSTO 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): DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA CC_1121894148
Código CUENTAME UDS: 5000100125217 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ANGELITOS
Dirección UDS: CLL 39B Nº 29A 03 JORDAN Teléfono UDS: 3 1 2 3 7 3 3 1 5 0

Hoja 1 de 1

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	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	1.122.945.542	BRAYAN	MATIAS	CORTES	ARIZA	0	1					A	A	A				A					A	A				A	A				5		
02	RC	1.121.988.052	AHYNNARA	SALOME	MORALES	LOPEZ	0	1					A	A	A				A					A	A				A	A				5		
03	RC	1.122.544.106	DAIRON	MATIAS	COCUY	ARIAS	0	1					A	A	A				A					A	A				A	A				5		
04	RC	1.029.971.644	JERONIMO	ISAAC	ORTIZ	BELLO	0	2						A	A				A					A	A	A			A	A				5		
05	RC	1.122.543.932	ELIAN	MATEO	LINAREZ	SANCHEZ	0	2						A	A				A					A	A				A	A				5		
06	RC	1.121.987.664	EITHAN	GAEL	MORA	LOPEZ	0	3						A	A				A					A		A			A		A			5		
07	RC	1.121.988.546	FREDDY	DANIEL	GARCIA	BRAVO	0	0						A	A				A	A				A	A				A	A				5		
08	RC	1.123.454.930	LIAN	SAMUEL	SUAREZ	PINEDA	0	4						A					A					A	A				A	A				5		
09	RC	1.121.936.971	LEIDY	GABRIELA	CARDONA	PEÑA	24	2						A					A	A					A				A					5		
10	RC	1.121.987.171	PAULA	VICTORIA	MENDOZA	CUBIDES	0	5						A		A			A						A				A					5		
11	CC	1.121.915.405	ANGI	NATALIA	CARRILLO	AGUIRRE	36	0								A			A	A						A								5		
12	CC	1.193.554.617	HEIDY	DAYANA	MENDEZ	ROMERO	22	4								A			A						A	A								5		
13	PPT	6.098.575	NOHELI	NOHEMI	HERNANDEZ	PEREZ	32	0								A			A						A				A					5		
14	RC	1.253.258.934	DANNA	SAMANTA	MORENO	ALARCON	0	1								A			A						A					A				5		
15	CC	1.121.892.037	YENCY	JASBLEIDY	ARIAS	BUITRAGO	33	1					A			A			A						A									5		
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 Barrera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800.143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DORIS SANTIAGO CASTRO CC: 2 0 5 4 5 8 9 4
Código CUENTAME UDS: 5000100012663 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: MIS ANGELITOS 1
Dirección UDS: MANZANA I CASA 23 Teléfono UDS: 3 1 2 3 0 9 9 0 2 3

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	CC	1.007.702.936	ANGUIE	TATIANA	BARRERA	HERRERA	24	4					A		A																	2	0	
02	CC	1.007.514.080	ANGELA	KARINA	DURAN	HERRERA	23	11					A		A					A					A					A			5	0	
03	CC	1.121.918.068	ANGELICA	PATRICIA	BALBUENA	CASTRILLON	32	9					A		A					A					A					A			5	0	
04	RC	1.121.988.459	JULIETA		AGUJA	BARRETO		1						A	A					A					A					A			5	0	
05	CC	1.123.433.483	VALERI	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	ESPINEL	20	5						A	A					A					A					A			5	0	
06	CC	1.123.430.993	MAIRA	ALEJANDRA	GAITAN	SANCHEZ	36							A	A						A					A					A			5	0	
07	RC	1.144.828.796	DAMIAN	ALEXANDER	HERNANDEZ	MALDONADO		1							A						A					A					A			5	0	
08	RC	1.244.828.743	JUAN	DIEGO	VERGARA	SAENZ		4							A						A					A				A	A			5	0	
09	RC	1.029.971.818	DAYLIN	ALAIA	IBARBO	SANCHEZ		1							A						A					A					A			5	0	
10	CC	1.123.803.128	KAROL	PAOLA	ARTEAGA	ALBARRACIL	19	3						A	A						A					A					A			5	0	
11	CC	1.126.457.484	LINA	MARCELA	ABAUNZA	ZAMBONY	28	7										A																1	0	
12	RC	1.123.455.025	JOEL	MATHEO	ARIAS	CRUZ		4										A		A		A					A					A		5	0	
13	CC	1.123.434.941	ANA	MAYERLY	ARANGO	SANCHEZ	19	7										A				A					A					A		5	0	
14	CC	1.193.431.156	DIANA	ISABEL	CAMPO	HOYOS	28	11										A				A					A					A		5	0	
15	PPT	4.659.330	RUTH	MARIA	CASTRO	CASTELLANOS	36	8										A				A					A					A		5	0	
16	RC	1121985846	Lian	uriel	Guevara	Barrera		1										I				I					I					I		0	3	
17	RC	1244828860	Alaia		Galvis	Abaunta		1											I			A		I								I		1	3	
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	69	6	

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

Doris Santiago Castro

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: 900.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000553/2024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI 40331427
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

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	1.121.987.588	BRIANA	ANTONELLA	ACEVEDO	MARTINEZ	00	05		15		
02	CC	40.330.997	JANETH	PATRICIA	PULIDO	QUILINDO	41	00		14	1	
03	RC	1.121.987.837	ZOE	ANTONELLA	ACEVEDO	OSORIO	00	04		15		
04	RC	1.121.987.844	KEVIN	SANTIAGO	MARTINEZ	CORTES	00	03		15		
05	RC	1.121.987.707	MAXIMILIANO		PEREZ	GUAYARA	00	03		15		
06	RC	1.121.988.317	MATHIAS	ALEJANDRO	MALDONADO	DIAZ	00	02		15		
07	RC	1.121.987.907	ANGEL	DAMIAN	BARON	RUIZ	00	03		15		
08	RC	1.121.988.531	ADRIANA	LUCIA	PERDOMO	ANGARITS	00	01		15		
09	RC	1.123.824.932	VIOLETT	DAHIANA	CRISTIANA	MONCALEANO	00	00		15		
10	RC	1.253.258.812	CRISTHIAN	DAMIAN	ARIAS	CASTILLO	00	00		15		
11	RC	1.121.988.269	MARIA	JOSE	RODRIGUEZ	FERREIRA	00	00		15		
12	CC	1.007.297.864	DARCY	YULIETH	FLORIDO	ACOSTA	24	00		15		
13	CC	1.121.959.350	KAREN	YINETH	BAQUERO	RODRIGUEZ	26	00		15		
14	RC	1.121.988.481	ISABELLA		GARCIA	ROMERO	00	01		15		
15	CC	1.121.946.338	ANGIE	DANIELA	AMAYA	MORENO	28	00		15		
16												
17												
18												
19												
									TOTAL	94	1	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FSMO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SER: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: AGOSTO 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

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 MES		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1029971530	SAMUEL	ALEJANDRO	NOVOA	LOPEZ	0	7				
02	RC	1123454892	EDRIC	SAMUEL	RENGIFO	FERNANDEZ	0	8				
03	RC	1123455077	AILANY	ANTONELLA	MENDEZ	HENAO	0	2				
04	CC	1119886811	LUISA	CAMILA	HERNANDEZ	DIAZ	20	3				
05	RC	1122543702	BRANDON	SAMUEL	ACEVEDO	PINZON	0	10				
06	RC	1121986714	MIA	VICTORIA	JOYA	LAVADO	0	10				
07	CC	1120358772	DANIELA		SUAREZ	PIRAGAUTA	18	3				
08	RC	1029971888	MARIA	VICTORIA	AYA	ALFARO	0	0				
09	CC	1006857466	LUZ	MABEL	TORRES	PARDO	24	11				
10	T.I	1122925909	VALERY	TATIANA	RIVERA	TORRES	17	0				
11	RC	1121987186	GIAN	ANDRES	TANGARIFE	CAICEDO	0	8				
12	RC	1029971745	LIAM	NICOLAS	PARRADO	DIAZ	0	3				
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 44 15

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

Catalina Puentes Peña
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB FORFIA 3
NIT: 900.143.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000033024
MES: AGOSTO 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: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DAYANA GISSETH GUZMAN MORENO CC 1.121.961912
Código CUENTAME UDS: 50001000028804 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMERAS HUELLITAS
Dirección UDS: CL 21 A SUR 13 E 51 LA SABANA Teléfono UDS: 3203337038

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.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	CC	1.121.824.869	SHARICK	DAYAN	GUZMAN	ARIAS		0						A	A				A					I								3	2	
02	RC	1.029.971.901	MARIAM	NEYLANY	NARVAEZ	CARVAJAL		0					A	I					I					I								1	4	
03	RC	1.121.988.726	ELIAM	MATEO	OSORIO	ORTIZ		0					A	I					I					I								1	4	
04	RC	1.244.828.813	LEYLA	VICTORIA	MORA	NARVAEZ		1					A	I					A					A								4	1	
05	RC	1.023.572.231	NOAH	JESHUA	MORALES	GOMEZ		3						A			A		A					A								5		
06	SD		FRANCISMAS	LUISANA	CHIRINOS	TROMPETERA	16						A		A					A					A								5		
07	CC	1.121.949.551	YENDRY	NORELLY	HERRERA	PARRADO	27								A					I					A								4	1	
08	RC	1.121.987.799	VICKY	ANTONELLA	SOLORZANO	RODRIGUEZ		5							A					A					A								5		
09	RC	1.244.828.721	ZIARA		RUIZ	CASTAÑEDA		5							A					I	A				A								3	2	
10	RC	1.244.828.689	SAMUEL	ESTEBAN	MONROY	VANEGAS		7							I				A	A					A								3	2	
11	CC	1.006.797.080	MARIA	FERNANDA	BARRERA	HERRERA	22									A					A					A								5		
12	CC	1.006.810.218	DAYHANA	CATHERINE	HENAO	GOMEZ	23									A					A					I								3	2	
13	CC	1.120.505.740	CLAUDIA	LEONOR	RINCON	ZAPATA	27									A					I					A								3	2	
14	RC	1.121.988.666	JONATHAN	ESMID	JIMENEZ	GUTIERREZ		0								I					I					A								3	2	
15	RC	1.244.828.730	AMELI	LUCIANA	BARRERA	TORO		5								I					A					I								3	2	
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	51	24	

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: AGOSTO 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): 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: 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	1.121.947.257	NAYIBE		HERRERA	HERNANDEZ	28	2		A	A	A		5	0	
02	CC	1.100.953.906	SOLANGELA		MEZA	RUBIO	37	4	A	A	A	A		5	0	
03	CC	1.118.199.000	LUISA	FERNANDA	NORATO	SAGANOME	31	10		A	A	/ / / / /	/ / / / /	2	0	0
04	CC	1.123.088.403	INGRID	TATIANA	HERNANDEZ	TRUJILLO	27	0	A	A	A	A		5	0	
05	CC	1.121.820.590	HERMINDA		GIRALDO	REYES	39	3	A	A	A	A		5	0	
06	TI	1.070.389.867	NICOL	DAYANA	GALVIS	LEON	17	0	A	A	A	A		5	0	
07	CC	1.121.417.442	KATHERYN	YULIANA	HERRERA	BOBADILLA	19	11		A	A	A / / / /		3	0	0
08	CC	1.002.604.679	MARIA	EUGENIA	ALVAREZ	RUIZ	22	5		A	A	A		5	0	
09	RC	1.234.796.298	ERIK	STIVEN	CASTILLO	RAVE	0	0		I	I/A	I		2	3	
10	RC	1.121.988.591	ALLISON	DAHIANA	GUTIERREZ	ZEA	0	1		I	I	A	A	3	2	
11	RC	1.122.544.018	SHARICK	KATALEYA	RIOS	SOTO	0	3		A	A	A	A	5	0	
12	RC	1.234.796.155	EITHAN	MATTEO	MORENO	RODRIGUEZ	0	4		A	A	A	A	5	0	
13	RC	1.234.796.152	DAIA	MAKEYLA	IDARRAGA	GUERRA	0	4		A	A	A	A	5	0	
14	RC	1.121.987.932	ZAIRA	VALENTINA	HERNANDEZ	MORALES	0	4		A	A	A	A	5	0	
15	RC	1.123.824.821	AILANY	DALAY	PERALTA	HUERTAS	0	5		A	A	A	A	5	0	
16		SD	Thiago	Andrej	Bertel	Norato	0	0				I/A	I	1	2	
17		SD	Thiago	Alejandro	Herrera	Bobadilla	0	0					A	1	0	
18																
19																
20																
														TOTAL	67	7

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: 5000532024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): YELITZA CALDERON ZARATE
Código CUENTAME UDS: 5000100018958
Dirección UDS: CRA 51 73 103 APTO 1 LA NOHORA

Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
CC: 1.121.818.202
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASITOS
Teléfono UDS: 3132930388

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)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.006.631.661	WENDY	YURMARY	GARCIA	CABARIQUE	26	09			5		
02	RC	1.123.824.769	ERICK	MATHIAS	REYES	SUNS	00	06			4	1	
03	RC	1.234.796.065	EIMY	SALOME	BAQUERO	HERNANDEZ	00	07			5		
04	RC	1.121.987.185	SHARITH	DAYHAM	MARQUEZ	SAAVEDRA	00	08			3	2	
05	RC	1.121.987.101	THIAGO	JESUS	FRANCO	REYES	00	08			5		
06	RC	1.013.284.469	BRAYAN	SMITH	MONTIEL	FERNANDEZ	00	03			2	3	
07	CC	1.006.779.616	YEIMY	YURANY	ECHEVERRY	PLATA	30	04			1	4	
08	RC	1.121.988.554	EMILY	ANTONELLA	RODRIGUEZ	CASTRO	00	01			4	1	
09	RC	1.122.543.876	DANNA	THALIA	GONZALEZ	GONGORA	00	07			5		
10	RC	1.244.828.686	IAM	JERONIMO	IBAGON	VARGAS	00	08			4	1	
11	RC	1.253.258.709	JHOEL	MATHIAS	MARIN	ORTEGA	00	03			5		
12	CC	1.014.191.008	KATERINN	ANDREA	LOPEZ	GIL	19	06			5		
13	RC	1.121.988.556	IAN	SANTIAGO	SAAVEDRA	CRUZ	00	01			5		
14	CC	1.121.911.281	EDITH	MARCELA	HUARTOS	DUARTE	31	02			4	1	
15	CC	1.010.087.850	JEMY	DAYANA	REYES	ALVAREZ	29	03			4	1	
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	61	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	6

CODRDINADOR(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 HOGARES FAMI
NIT: 800.143.722-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000032224
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAM

IDENTIFICACIÓN: CC RC-TI
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

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO 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				
01	C.C	1.116.875.239	EMELY	ANGELICA	ROJAS	HERNANDEZ	30			5	0	
02	C.C	1.110.587.417	MARIA	ALEJANDRA	SOTO	VARON	27			4	1	
03	C.C	1.121.874.557	LINA	PAOLA	HERNANDEZ	GONSALEZ	34			5	0	
04	C.C	1.121.903.771	JANHIELLA	NICCOLE	PULIDO	DELGADO	31			4	1	
05	C.C	1.006.863.505	LUISA	FERNANDA	MOSQUERA	AYALA	24			5	0	
06	R.C	1.029.971.813	ANDRES	DAVID	CORDOBA	PRECIADO		1		4	1	
08	R.C	1.029.971.763	MARIA	VICTORIA	MUNAR	RODRIGUEZ		2		3	2	
09	R.C	1.123.825.012	MIA	GABRIELA	ENCIZO	VELASQUEZ		3		4	1	
10	R.C	1.253.258.820	EITHAN	MATEO	CARDENAS	RODRIGUEZ		1		5	0	
11	R.C	1.121.988.548	ADHARA	ISABELLA	VALENCIA	BLANCO		1		4	1	
07	R.C	1.029.971.742	JESUS	DAVID	NAVARRETE	IZQUIERDO		4		4	1	
12	R.C	1.121.987.919	ADHALUZ	ISABEL	CASTRO	PEREA		3		5	0	
13	R.C	1.244.828.724	DANTE	YOEL	BELTRAN	ZOA		5		3	2	
14	R.C	1.126.704.599	DANA	GABRIELA	MARTINEZ	GARCIA	16			4	1	
15	R.C	1.253.258.390	LUIS	ALEXANDER	RODRGUEZ	MEJIA		10		5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	64	11	

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

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: 900.143.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000553024
MES: AGOSTO 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						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL ASISTENCIAS		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	AUSENCIAS	
01	CC	1.121.861.152	YESLY	SUSANA	OLGUIN	TAQUINAZ	18	5						A	A				A			A		A			A			A			S		
02	CC	1.121.836.441	JESICA	PAOLA	GOMEZ	BUSTOS	36	2						A	A				A			A		A			A			A			S		
03	CC	1.193.533.754	MARIA	FERNANDA	RODRIGUEZ	VARGAS	22							A	A				A			A		A			A			A			S		
04	CC	1.120.358.547	HEIDY	DANIELA	SANCHEZ	CHINGATE	18	10						A	A				A			A		A			A			A			S		
05	CC	1.121.867.071	YEIMI	VANEZZA	RETAVISCA	SALAZAR	35	3						A					A	A				A				A					S		
06	RC	1.211.987.205	NOAH	GAEL	MENDEZ	TORRES		8						A					A	A				A				A					S		
07	RC	1.234.796.081	DEIBY	YAEL	VALENCIA	DELGADO		7						A					A	A				A				A					S		
08	RC	1.234.796.064	ELIAN	GAEL	MARIN	VELEZ		6						A					A					A	A			A					S		
09	RC	1.122.543.675	MARIAJOSE		VELEZ	MEDINA		9						A					A					A	A			A					S		
10	RC	1.234.796.205	BRIANNA	STEFANIA	PERDOMO	SULBARAN		4								A				A	A			A				A					S		
11	RC	1.122.544.037	IAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	VELASQUEZ		3								A				A	A			A				A					S		
12	RC	1.029.971.792	JUNIOR	ANDRES	CALLE	PORTACIO		3								A				A				A	A			A					S		
13	CC	40.189.639	SANDRA	MILENA	MATEUS	MONTERO	44	7								A				A				A	A			A					S		
14	CC	1.014.481.536	LINA	MARIA	ARDILA	BELTRAN	18	5								A				A				A			A	A					S		
15	CC	1.122.920.722	VIVIANA	MILENA	CRUZ	BELTRAN		24																				A					1		
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			

TOTAL 21

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

FS.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: 860143122-5 NUMERO DE CONTRATO: 5000522024
MES: AGOSTO 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): NELCIN MORENO LONDOÑO CC: 4 0 4 1 4 3 3 2
Código CUENTAME UDS: 5000100021741 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MS TRES ESTACIONES
Dirección UDS: KRA 16 N 44B 19 BARRIO VILLA SUAREZ Teléfono UDS: 3219964451

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL SESIONES: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	C.C	1121416920	NEYRA	ALEJANDRA	PEREZ	CABRERA	22	05		5		
02	C.C	1123430909	NASLY	FAISURI	BELTRAN	OSPITIA	22	07		3	2	
03	C.C	1006827873	ANGELA	ESMERALDA	MUÑOZ	LOZANO	24	04		5		
04	C.C	1005307785	CAREN	JULIETH	FLOREZ	PEÑA	25			5		
05	C.C	1121937723	ROSA	MILENA	HERNANDEZ	MOLINA	28	11		5		
06	R.C	1253258933	ERICK	SAMUEL	OLAYA	CORTES		01		1	4	
07	R.C	1121988519	ALANNA	VICTORIA	POSADA	RAMIREZ		02		5		
08	R.C	1121988425	MIA	SALOME	ARIAS	GALINDO		02		5		
09	R.C	1122945581	JOSE	MILAN	LOZANO	DIAZ		03		5		
10	R.C	1121988278	AILANY	LIZETH	DIAZ	PERILLA		03		5		
11	R.C	1121988266	AILANY	VALENTINA	DURAN	ANGULO		03		5		
12	R.C	1234796175	MIGUEL	ANGEL	GARCIA	ESCOBAR		04		6		
13	R.C	1121988045	EITHAM	ALEJANDRO	OJEDA	BUITRAGO		04		5		
14	R.C	1029971708	SARA	ISABELA	PARDO	HERNANDEZ		05		5		
15	R.C	1123824869	EMY	VICTORIA	MORENO	ARIAS		06		5		
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 69

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

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 3
NIT: 900.157.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000033034
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: BIENEMIR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: 1 Municipio: VILLAVICENCIO
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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		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	RC	1.121.987.867	JOSEPH	KAEL	OROPEZA	ALVARADO		4			5		
02	RC	1.029.971.731	LILLY	HADASSAH	JARAMILLO	GONZALEZ		3			5		
03	RC	1.121.988.233	DYLAN	ELIAM	DUEÑAS	RODRIGUEZ		3			5		
04	RC	1.121.988.244	DYLAN	ANDRES	ESCOBAR	LEON		2			5		
05	SD		EMMANUEL	DAVID	TIRADO	LONDOÑO		0			1	4	
06	RC	1.123.825.175	AYLEEN	SOFIA	BENAVIDES	BONILLA		0			4	1	
07	RC	1.029.971.916	SHANIK	CELESTE	SAYO	TAPIAS		0			1	4	
08	CC	1.006.966.387	JENIFER	ANDREA	BOSSA	CARVAJAL	30				4	1	
09	CC	1.121.836.317	MARIA	CAMILA	POLANIA	ORJUELA	19				5		
10	CC	1.121.945.285	MARIA	FERNANDA	CESPEDES	PERDOMO	28				4	1	
11	CC	1.122.648.412	MARINELA		GONZALEZ	VEGA	36				5		
12	CC	1.125.006.121	AYLEN	YISED	RUIZ	ROBLEDO	23				5		
13	CC	1.123.803.150	ZCHARIK	DAYANA	SANCLEMENTE	SILVA	19				5		
14	CC	1.118.289.784	YEIMY	YULIETH	ESCUDERO	VELEZ	37				5		
15	CC	1.121.956.281	MARIA	ISABEL	SERRANO	SALAZAR	27				4	1	
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	63	12

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

Janeth Alvarez Arias
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 HOG PORFIA 2
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000652024
MES: AGOSTO 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): Maria 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

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, 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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1.029.971.860	EIDELYN	AZUL	MACHADO	RAMIREZ		1	A A A A	A A A	A	5		
02	RC	1.122.543.912	ELIAN	GAEL	BOTERO	THIERRY		5	A A A	A A	A	4		R
03	RC	1.121.988.040	ERICK	CALET	FIGUEROA	RODRIGUEZ		4	A A A	A A	A	5		
04	PP	1.029.971.452	MARIA	MARIANGEL	AGUILAR	SALAZAR	33	1	A A A	A A A	A	5		
05	RC	1.121.988.030	THALIA	NICOLLE	MORERA	LOPEZ		4	A A A A	A A A	A	5		
06	RC	1.244.828.754	YULIAN	ANDREY	GALVIS	MOGOLLON		4	A A A	A A A	A	5		
07	RC	1.253.258.731	ASHLEY	NAHOMI	MARIN	GUTIERREZ		3	A A A	A A	A	5		
08	RC	1.029.971.649	MIA	ISABELLA	QUERALES	CARDENAS		5	A A	A	A	2		R
09	RC	1.121.988.084	LORENS	SOFIA	NOVA	ESTRADA		4	A A A	A A	A	5		
10	Cc	1.007.023.321	KAREN	LISETH	QUINTERO	FRANCO	22	4	A A I	I I	I	2	3	
11	RC	1.121.988.717	MIA	CATLELLA	TORREALBA	MINA		0	1 A A	A A	A	4	1	
12	CC	1029983746	NAIDY	YUREISI	TORRES	BALLESTEROS	19		A A A	A A	A	5		
13	CC	1.006.841.033	LAURA	LISETH	PIZO	VARGAS	23	11	A A A	A A	A	5		
14	CC	1.121.925.406	LINA	SOFIA	OÑATE	SAEZ	30	6	A A A	A A	A	5		
15	Cc	1.121.946.944	LUISA	FERNANDA	FORERO	SABOGAL	28	1	A A A	A A	A	5		
16	RC	1121988185	Neythan	Said.	Guillott	Quiñones		3	A	A	A	2		
17	CC	1007418560	Angela	Johanna	Quiceno	Agudelo	25	3	A		A	1		
18														
19														
20														

TOTAL 40 4

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

F8.MO12.PP	1/08/2018
Versión 8	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB FORMA 3
NIT: 802.163.122-5 NUMERO DE CONTRATO 5000032024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD HCB FAMIAR
SERVICIO DE FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal 4 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): Ana yelny cruz CC 1123115067
Código CUENTAME UDS: 5000160000478 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención SEMILLITAS
DIRECION MZ K07 CASA 5 BRR BETTY CAMACHO Teléfono UDS: 3 0 5 3 0 6 6 3 1 5

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 ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1.121.988.432	BRIANA	CELESTE	HERREÑO	SARMIENTO		2	A A A A A	5	0	
02	RC	1.121.987.721	LIAM	CAMILO	GARZON	PINEDA		5	A A A A A	4	1	
03	RC	1.122.945.573	DULCE	ANTONELLA	DIAZ	SEGURA		3	A I A A A	4	1	
04	RC	1.244.828.820	VALERY	CELESTE	QUINTERO	QUINTERO		1	A A A A A	5	0	
05	RC	1.244.828.819	LIA	ISABELLA	QUINTERO	QUINTERO		1	A A A A A	5	0	
06	RC	1.121.987.746	SAMUEL	DAVID	PARRA	DIAZ		5	A A I A A	4	1	
07	CC	1.120.839.310	VALENTINA		BELTRAN	BELTRAN	20		A A A A A	4	1	
08	CC	1.006.773.108	ANDREA	VANESSA	HERNANDEZ	VARGAS	23		A A I A A	4	1	
09	RC	1121988720	ANGEL	SAMUEL	CALDERON	PADILLA		0	I I A I A	2	3	
10	CC	1.121.860.642	INGRID	CATHERINE	GONZALEZ	LOPEZ	35		A A I A A	4	1	
11	RC	1.029.971.684	DANNA	ISABELLA	CUBIDES	GUTIERREZ		5	A A A A A	5	0	
12	RC	1.244.828.797	ALISON	ZHARAY	PARRADO	BELTRAN		1	A I A A A	4	1	
13	CC	1.006.875.024	CHAREN	VALENTINA	BRAVO	GARZON		23	I A A A A	4	1	
14	RC	1.023.996.909	AILANY	MAIA	ANGEL	CORTES		0	I I I A A	2	3	
15	RC	1.023.996.922	ADHARA	ASHLYN	ANGEL	CORTES		0	I I I A A	2	3	
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 58 11

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

COORDINADOR(A) EA

Anaye imy Cruz
RESPONSABLE DE GRUPO

Juliana Ortega
13/08/2025
JCOF(2)

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: AGOSTO 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

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	CC	1.122.511.463	ANGIE	KATHERINE	HERNANDEZ	ALVARADO	19			5		
02	CC	1.029.971.743	INGRID	ZULENY	HERRERA	RAMOS	27			5		
03	CC	1.007.495.234	LUISA	ALEJANDRA	MARTINEZ	GUZMAN	22			2	3	
04	RC	1.122.543.989	SARA	SOFIA	VIDAL	BOHORQUEZ		4		5		
05	RC	1.234.796.294	GABRIEL	ISAAC	GONZALES	SALDARRIAGA		0		1	4	
06	CC	1.122.921.166	DIANA	KARINA	BAZURDO	GOMEZ	20			5		
07	CC	1.006.796.003	JESSICA	ALEXANDRA	GONZALES	REY	22			5		
08	RC	1.234.796.167	ELYON	MATHIAS	LEON	FLOREZ		4		2		
09	CC	1.125.006.178	ISABEL	ALEXANDRA	CAMPOS	MUJICA	27				2	
10	RC	1.122.945.509	ELIAN	MAURICIO	VELASQUEZ	BARRERA		5		5		
11	RC	1.234.795.272	ANNIA	CHARLOTTE	BELTRAN	CONTRERAS		0		6		
12	CC	1.121.948.513	JOHANA	DELPILAR	HERNANDEZ	GONZALES	28			2	3	
13	CC	1.121.961.651	LAURA	KATHERINE	CARRILLO	MALAVER	26			9	1	
14	CC	1.122.510.443	LEIDY	TATIANA	SARAY	GALINDO	20			4		
15	CC	1.003.651.185	YESIKA		TORRES	QUINTERO	25			5		
16	CC	1123430.546	Brivid	Daniela	Valverde	Rodriguez	21			4		
17	RC	1234796319	Laura	Ailany	Vargas	Campos		2días		1	1	
18												
19												
20												
									TOTAL	60	19	

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 FORERA 3
NIT: 900.143.722-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000033024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
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

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	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	1.069.900.877	YINDRID	ANGELICA	LEON	LEON	29	1																								2		
02	R.C	1121988232	EMELY	YALITZA	CUMACO	ROJAS	0	2																								5		
03	R.C	1.122.544.013	EMILIANO		ESCALANTE	MORENO	0	3																								5		
04	CC	1.006.856.048	JENIFER		VALENCIA	RABA	32	7																								5		
05	CC	1.012.384.896	ESPERANZA		QUIROGA	ARIZA	33	6																								5		
06	R.C	1123825056.	VALENTINO		BEJARANO	SANABRIA	0	2																								5		
07	R.C	1.121.988.012	ABBY	ARLET	FAJARDO	QUEVEDO	0	4																								5		
08	CC	1.121.936.276	ERIKA	ISABEL	ROJAS	CASCAVITA	29	0																								5		
09	CC	1006823645.	ANNE	MACHELLE	RODRIGUEZ	PEREZ	23	0																								5		
10	R.C	1121845024.	YENSI	NICOLL	CHINGATE	CANTOR	21	8																								2	2	
11	R.C	1.121.988.145	MATEO		CADENA	ALEJO	0	3																								5		
12	R.C	1.121.988.622	DAILYN	SAMARA	CRUZ	BELTRAN	0	1																								5		
13	R.C	1.121.988.580	AILANNY		PINZON	GUZMAN	0	1																								5		
14	R.C	1.121.988.706	ISABELLA		REYES	BAQUERO	0	1																								5		
15	R.C	1.123.455.054	AILYN	LUCIANA	ARBELAEZ	MOLANO	0	3																								5		
16	R.C	1.122.544.165	ELIAN	CAMILO	VARELA	LEON	0	0																								2	1	
17	R.C	1123825241	EMILY	MAHIA	MURCIA	CHINGATE	0	0																									1	
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	74	

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

COORDINADOR(A) EA

LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO
RESPONSABLE DE GRUPO