FORMATOS RAM
OCTUBRE 2025

MODALIDAD
COMUNITARIA

CTO 41007012024

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1..PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: SEPTIEMBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** NATAGA
Nombre Agente Educativo (a): MAYERLY RIVERA MUÑOZ **CC:** 1084867250
Código CUENTAME UDS: 4148300038944 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFOS**
Dirección UDS: CASERIO VEREDA PATIO BONITO **Teléfono UDS: 3123471813**

Hoja _1_ de _1_

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA | SEGUNDA | TERCERA | CUARTA | QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1084870622	EMILY	LUCIANA	QUIGUANAS	ALARCON	4	8		16	
02	RC	1084579926	MAHIA	CELESTE	VARGAS	SANABRIA	4	3		16	
03	RC	1084579909	YEIMY	VANESSA	LAGUNA	CHAPEÑO	4	4		16	
04	RC	1084580018	EILEEN	THALIANA	DIAZ	ALVAREZ	3	4		16	
05	RC	1145832591	ANDRES	FELIPE	QUIGUANAS	AREBALO	3	5		16	
06	RC	1084579915	ADRIAN	ESTEBAN	CUCHIMBA	GUALY	4	2		16	
07	RC	1075601182	ERIK	SANTIAGO	CASTELLANO	GARCIA	5	0		16	
08	RC	1076925233	ARIADNE	LUCIANA	LUGO	ARANGO	4	0		16	
09	RC	1081426134	JOSE	MANUEL	AREBALO	TORRES	5	0		16	
10	RC	1141374720	LIAN	ALEJANDRO	DIAZ	CRUZ	4	8		16	
11										16	
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	160	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Mayerly Rivera Muñoz
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	F27.MT1.PP Versión 1	8/28/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT:900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES:OCTUBRE AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): LIDA PATRICIA CANO MOSQUERA CC:34559257
Código CUENTAME UDS: 4151800039061 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB SUEÑOS MAGICOS
Dirección UDS: VEREDA LAS MERCEDES VEREDA LAS MERCEDES Teléfono UDS:3133756127

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1145832195	SALOME	DAYANA	GUEVARA	GOLONDRINO	4	9			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
02	RC	1081426824	LUCIANA		TIERRADENTRO	OLAVE	4	1			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
03	RC	1081426640	IAN	GABRIEL	MUELAS	CUENCA	4	3			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
04	RC	1079510281	JULIAN	DAVID	MONJE	OLAVE	4	2			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
05	RC	1081427374	DARIANA	ANTHONELLA	CHANTRE	OLAVE	3	5			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
06	RC	1145832982	KEVIN	SANTIAGO	CHANTRE	SANZA	2	11			A	A	I																				2	14	
07	RC	1079510386	ERICK	SAMIR	QUINTERO	OCHOA	2	4			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
08	RC	1081427556	MARIA	FERNANDA	CHACON	CUCHIMBA	3	3			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16		
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	114	14	

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

Yuly Jimena Cerquera A. — COORDINADOR(A) EA

lida patricia cano — RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN

Hoja _1_ de _1_

Regional: HUILA **Centro Zonal:** LA PLATA **Municipio:** PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): FRANCY YAMILEN PERDOMO CUELLAR **CC:** 26529364
Código CUENTAME UDS: 4151800039080 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** MIS ANGELITOS
Dirección UDS: VDA LA CUMBRE FINCA LA CASA ESPERANZA **Teléfono UDS:** 3158919803

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	RC	1079510211	MIA	VICTORIA	ACUE	SANCHEZ	4	11			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A		14		
02	RC	1079510312	JUAN	JOSE	ILLERA	CUELLAR	3	7			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
03	RC	1079510325	ANGEL	DAVID	CHANTRE	CUELLAR	3	4			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
04	RC	1077254340	SARA	SOFIA	CUENCA	TOMBE	4	4			I	I	I						I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I			16	
05	RC	1145833158	MARIA	JOSE	CAMPO	MANRIQUE	2	7			A	A	A						A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		14	2	
06	RC	1079510363	ERICK	JOSE	YACUHECHIM	CUETOCHAMBO	2	9			A	A	A						A	A	I	I	A	A	I	I	I	A	A	A	A	I		10	6	
07	RC	1079510297	LYAN	STIVEN	CHAVARRO	CUELLAR	4	1			A	A	I						A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
08	RC	1079510375	JULIAN	ALEISER	LONDOÑO	ILLERA	2	6			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		15	1	
09	RC	1079510351	SALOMON		RIOS	RODRIGUEZ	2	11			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	115	29	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Francy Yamilen Perdomo C
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Nataly Madero Pama
23-octubre-2025
A=04 I=05

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT:900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 4 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY JOHANA CASTRO RIOS CC:1079509614
Código CUENTAME UDS: 4151800039101 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB CHIQUITINES
Dirección UDS: CARRERA 8 # 2-30 BARRIO LOS ALMENDROS Teléfono UDS:3116494605

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079510208	KEVYN	ALEXANDER	BOHORQUEZ	SEMANATE	4	10			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
02	RC	1079510385	EMMA	VIIOLETTA	CASTIILLO	SOLARTE	2	5			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
03	RC	1079510222	JOSE	DAVID	PEDROSA	ROJAS	4	8			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
04	RC	8152316	JESUS	ENRIIQUE	MENDOZA	CUSTODIO	4	2			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
05	RC	1083937693	ERICK	JAVIER	MARTINEZ	MAMPOTES	4	11			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
06	RC	1075326018	EMMANUEL		TRUJILLO	LISCANO	4	3			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
07	RC	1079510237	EMILIANO		SANCHEZ	VELAZCO	4	6			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
08	RC	1079510269	SUSANA		GUEVARA	SON	4	1			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
09	RC	1079510341	CELESTE		PERDOMO	IPIA	2	11			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
10	RC	1100898143	KAREN	SOFIA	ORTIZ	SILVA	3	5			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
11	RC	1079510354	MARIA	JOSE	MOSQUERA	CASTRO	2	10			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
13	RC	1079510416	NORBEY		MENDEZ	ALVARADO	1	9			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL NRO	12	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Leidy Johana Castro Rios.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	28/08/2025
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 1	Página 1 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 410070 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): NURY ROCIO CAMPO SILVA CC:26529127
Código CUENTAME UDS: 4151800039125 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB PICARDIAS
Dirección UDS: CARRERA 8 # 6-23 BARRIO VILLA HERMOSA Teléfono UDS: 314 3322196

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079510221	VICTORIA		MENZA	ALVARADO	4	9			A	A	A						A		A	A	A	A	A	A	A	A	A			15	1	
02	RC	1079510313	RAFAELLA		ROJAS	MENDEZ	3	6			A	I	A						I		A	A	A	A	A	A	A	A	A			13	3	
03	RC	1079510332	ARANZA	KATHALEYA	PLAZAS	VILLAREAL	3	2			A	A	A						A		A	A	A	A	A	A	A	A	A			15	1	
04	RC	1079413341	JOEL		PERDOMO	GARCES	5	0			A	A	A						A		A	A	A	A	A	A	A	A	A			15	1	
05	RC	1079510267	JOSE	DAVID	PENAGOS	PEREZ	4	2			A	A	A						A		A	A	A	A	A	A	A	A	A			15	1	
06	RC	1079510345	LIAM	DAVID	TIERRADENTRO	FLOREZ	3	0			A	A	A						I		A	A	A	I	A	I	A	A	I			11	5	
07	RC	1079510311	LIAM	GAEL	SERRATO	SANCHEZ	3	6			A	A	A						A		A	A										6	10	cambio de domicilio
08	RC	1250698232	JUAN	SIMON	GONGORA	TRUJILLO	2	6			A	A	A						I		A	A	A	A	A	I	A	A	A			13	3	
09	RC	1079510336	EMMA		PERDOMO	DURAN	3	1			A	A	A						A		A	A	A	A	A	A	A	I	A			14	2	
10	RC	1077883256	MAXIMILIANO		MARIN	RUIZ	2	4			A	A	A						A		A	A	A	A	I	I	A	A	A			13	3	
11	RC	1077882724	OSCAR	MATHIAS	SANCHEZ	POLO	3	4			A	A	I						A		A	A	A	I	A	A	A	A	A			13	3	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	143	33	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Nury Rocio Campo S
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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): ANGELA SOFIA CERQUERA C. C.C. 26,529,601
Código CUENTAME UDS: 4151800039139 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFOS
Dirección UDS: CALLE 7 No. 3 - 02 B. LAS DELICIAS Teléfono UDS: 3184775193

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	 SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	 SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	 MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	 INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1,079,510,261	ZAHAMARA		BAUTISTA	NUÑEZ	4				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
02	RC	1,079,510,202	JERONIMO		URRIAGO	DURAN	5				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
03	RC	1,079,510,219	JUAN	JOSE	ORTIZ	QUILINDO	4				A	A	I						A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		14	2	
04	RC	1,079,510,227	ERICK	FABIAN	CUBILLOS	RODRIGUEZ	4				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	D		15	1	
05	RC	1,079,510,189	ANA	SOFIA	PLAZA	PERDOMO	5				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
06	RC	1,079,510,188	ANA	ISABEL	PLAZA	PERDOMO	5				A	A	A						D	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D		16		
07	RC	1,145,832,283	EVELYN	SAMARA	BOJORGE	MENDEZ	4				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		16		
08	RC	1.079.510.326	SARA	VICTORIA	TRIANA	TIERRADENTRO	3				A	A	A						A	A	A	I	A	A	A	A	A	I	D	A	A		14	2	
09	RC	1,079,510,401	ANTONELLA		CABRERA	OCHOA	2				A	A	A						A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		15	1	
10	RC	1,079,510,239	CHLOE	SAMARA	LOPEZ	CABRERA	4				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		
11	RC	1,079,510,373	SOL	ARIANA	VASQUEZ	RIASCOS	2				A	I	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		14	2	
12	RC	1,245,478,068	JUAN	ALEJANDRO	GARZON	NAVIAS	3				A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		15	1	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	183	9	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Angela S. CC
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB- A- FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIANA VARGAS GARCIA **CC:1.081.412.438**
Código CUENTAME UDS: 4151800039150 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:MIS PITUFOS**
Dirección UDS: VEREDA ALTO CALOTO **Teléfono UDS: 3228541069**

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.079.510.254	LUCIANA		TRUJILLO	SANCHEZ	4	5			I	A	A						A	A	A	A	A										7	9	
02	RC	1.079.510.299	EVELIN	LUCIA	RUMIQUE	PARDO	3	10			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
03	RC	1.079.510.250	MAIA	ANTHONELLA	CHIMBACO	CAMAYO	4	5			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
04	RC	1.119.896.900	HIAN	GAEL	VALDERRAMA	CUEVAS	2	2			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
05	RC	1.145.832.349	THIAGO	JOSE	MANRIQUE	SERRATO	4	5			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
06	RC	1.145.832.364	CARLOS	ADRIAN	ANGUCHO	PIEDRA	4	5			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
07	RC	1.079.510.292	ERICK	DAMIAN	MONTEALEGRE	LARGO	3	11			A	A	A						A	A	I	A	A										7	9	
08	RC	1.079.510.335	JUAN	DAVID	MUÑOZ	PAJOY	3	2			A	A	A						A	A	A	I	A										7	9	
09	RC	1.145.833.201	JUAN	SEBASTIAN	TRUJILLO	CAMERO	2	8			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
10	RC	1.079.510.275	BRAYAN	DUVAN	ACHICUE	CUETOCHAMBO	4	3			A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
11	RC	1.079.510.348	DEIENR	ANDREY	ACHICUE	CUETOCHAMBO	3				A	A	A						A	A	A	A	A										8	8	
12	RC	1.119.896.901	BRANYELIS	ALEXANDRA	VALDERRAMA	CUEVAS	3	10			A	A	A						A	A	N	A	A										8	8	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	93	99		

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) EA

Carmen Juliana Vargas
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

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): LIDIA CONSUELO POBRE C.C. 26.529.242
Código CUENTAME UDS: 4151800039190 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GOTICAS DEL SABER
Dirección UDS: VEREDA SANTA RITA Teléfono UDS: 3185766710

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1,079,510,323	MATIAS		OCHOA	SANCHEZ	3	3			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	0	
02	RC	1,079,510,263	JUAN	JOSE	HERRERA	TORRES	4	2			A	I	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
03	RC	1,079,510,282	THOMAS	ALEJANDRO	TRUJILLO	CHAVARRO	4	7			A	I	A						A	A	A	A	A	A	A	A	D	I	A	A	A	A	14	2	
04	RC	1.079.510.371	MAIOL		BETANCOHURTH	RIOS	2	8			A	A	A						A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
05	RC	1.079.510.383	ANTONELA		CELIS	TELLO	2	7			A	A	A						A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
06	RC	1,079,510,369	ALAN		GOMEZ	HERRERA	2	4			A	A	A						A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	1	
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																														TOTAL	90	6		

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Lidia consuelo pobre.
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

Geidy Paipa
24/10/23
A: 5
I: 1

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	28/08/2025
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 1	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): GEORGINA LEIVA LADINO **CC:** 1081411473
Código CUENTAME UDS: 4151800039197 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** LOS ENANITOS
Dirección UDS: VDA CALOTO FINCA CASCAJOSA **Teléfono UDS:** 3214037718

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1145833429	IAN	GABRIEL	HERRERA	TOLEDO	2	2			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
02	RC	1145831931	ADRIAN	FELIPE	PARRA	VITOVIS	5	1			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
03	RC	1079510286	ANA	VICTORIA	SANCHEZ	MANRIQUE	4	0			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
04	RC	1081426787	EMILIANO		SANCHEZ	GOLONDRINO	4	1			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	I	I	A	A	A		14	2	
05	RC	1081427013	MARIA	ANGELICA	CHACA	SANCHEZ	4	0			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
06	RC	1079510268	JULIANA		CEBALLOS	CASTAÑEDA	4	1			A	A	A						I	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		13	3	
07	RC	1081426117	MELANY	ALEJANDRA	DOMINGUEZ	ORTIZ	5	1			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		15	1	
08	RC	1081426147	BRITNEY	LUCIA	CAMERO	YASNO	5	0			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
09	RC	1079510340	MELANY	SOFIA	SILVA	VITOVIS	3	0			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
10	RC	1079510272	JESUS	MATIAS	CAMACHO	NES	4	2			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	A		14	2	
11	RC	1079510356	VICTORIA		HERRERA	CAMACHO	2	10			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
12	RC	1079510403	THIAGO	ALEXANDER	LOSADA	RAMIREZ	2	2			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
13	RC	1079510370	KAROL	NAOMI	LOSADA	CHAMBO	2	9			A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		16		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	200	8	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Georgina Leiva Ladino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Geidy Pajoy
27/10/25
A: 9
I: 4

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: Octubre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): ANDREA BENAVIDES L. C.C. 1,079,411,231
Código CUENTAME UDS: 415181139828 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS EXPLORADORES DEL MEDIO
Dirección UDS: CALLE 2 No. 8 - 42 Teléfono UDS: 3208827778

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																													
01	RC	1079510231	MILAGROS		ROJAS	RAMIREZ	4	8			A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				16		✓
02	RC	1145832099	JUAN	JOSE	PENAGOS	QUIMBAYA	4	11			A	A	I						I	A	A	A	A	A	I	A	I	A	I	A	A		12	5	✓
03	RC	1079510225	LINA	MARIA	RODRIGUEZ	POBRE	4	8			A	A	A						I	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		13	3	✓
04	RC	1079510220	ANTONELLA		ROJAS	ILLERA	4	9			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		✓
05	RC	1079510235	JOSE	DANIEL	NAVAS	ROJAS	4	8			I	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		14	2	✓
06	RC	1079510226	DANIEL	MATEO	MONJE	MEDINA	4	9			A	A	I						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		15	1	✓
07	RC	1117361213	SAMUEL	DAVID	ARBOLEDA	AYALA	4	4			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		✓
08	RC	1079510179	THALIANA		ILLERA	GARCES	5	4			A	A	A						I	A	A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A		13	3	✓
09	RC	1114014063	GERONIMO		GIL	MERCHAN	5	1			A	A	A						A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		15	1	✓
10	RC	1079510364	SALOMON		SANCHEZ	SOLARTE	2	9			A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		16		✓
11	RC	1079510209	MIGUEL	ANGEL	ILLERA	OCHOA	4	11			A	A	I						A	A	A	I	A	A	A	I	I	A	A	A	A		12	4	✓
12	RC	1079510290	GAEL		MOSQUERA	RAMIREZ	4	0			A	A	A						A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		15	1	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	173	20	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Andrea Benavides Loaiza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** Tesalia
Nombre Agente Educativo (a): MARLY YOHANA PEREZ RAMOS **CC:** 36314863
Código CUENTAME UDS: 4179700067164 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** EL BOSQUESITO
Dirección UDS: CALLE 3A N°9-22 BARRIO CANADA **Teléfono UDS:** 3195169245

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1079413653	HANNA	EILEEN	BADILLO	GOMEZ	2	8
02	RC	1079413640	IAN	ALEXIS	MARINEZ	YUCUMA	2	10
03	RC	1079413626	ALEJANDRO		OTECA	ANDRADE	2	11
04	RC	1079413563	SAMARA		BASTIDAS	ANDRADE	3	5
05	RC	1079413698	MAXIMILIANO		CASTRO	ROJAS	2	3
06	RC	1079413650	ADAM	GABRIEL	RAMOS	LOPEZ	2	10
07	RC	1079413418	THIAGO	JACOB	TOLEDO	ROBAYO	4	5
08	RC	1079413417	MELEK		BADILLO	GOMEZ	4	5
09	RC	1079413381	EMILIANO		GUZMAN	VARGAS	4	8
10	RC	1079413566	MARIA	GABRIELA	AMEZQUITA	SANTOS	3	5
11	RC	1079413365	ERICK		YUCUMA	TRUJILLO	4	9
12	RC	1079413359	ALEJANDRO		MEDINA	BRAN	4	10
13	RC	1079413704	ALLISON	KANAE	MANCHOLA	HENAO	2	3
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL	
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
02												I	I	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A		9	7
03												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
04												A	A	A	A	A	A		A	I	A	A	A	A		11	5
05												A	A	A	I	A	A		A	I	A	A	A	A		10	6
06												A	A	A	A	A	A		A	A	A	I	A	A		12	4
07												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
08												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
09												I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		11	5
10												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
11												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
12												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I		11	5
13												A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		12	4
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
TOTAL																										147	60

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) EA

Marly Yohana Pérez Ramos
RESPONSABLE DE GRUPO
36'314863.

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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA
Nombre Agente Educativo (a): YAZMIN SANCHEZ
Código CUENTAME UDS: 4179700067192
Dirección UDS: CALLE 2 # 9-65

Centro Zonal: LA PLATA
CC:52272363
BARRIO LIMONAR BAJO

Municipio: TESALIA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB LOS ENANITOS
Teléfono UDS: 3155266183

Hoja 1 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1075326725	ELISABEHT		LEIVA	ARIAS	3	10			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
02	RC	1079413561	VALERY	LUCIANA	CHALA	CHIMBACO	3	6			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
03	RC	1079413393	SARA	VALERIA	LEYVA	MONTEALEGRE	4	7			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
04	RC	1079413651	ALLISON		LUNA	HENAO	2	10			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
05	RC	1079413294	DANNA	MERCEDES	QUEBRADA	VIDARTE	5	3			I	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		13	3	
06	RC	1140940356	EMILY	JHOANNA	MANQUILLO	BELTRAN	3	4			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
07	RC	1145833432	NAHIARA	LUCIA	PERDOMO	EPIA	2	2			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
08	RC	1079413474	IAN	ZAID	BLASQUEZ	BAHAMON	4	1			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
09	RC	1145832295	ALAN	MOISES	GUARACA	IPILA	4	6			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
10	RC	1079413350	CRISTIAN	SMIHT	PEDREROS	OTECA	5	0			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
11	RC	1079413722	MAXIMO		GOMEZ	CASTILLO	2	1			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
12	RC	1077256288	MAXIMO	JESUS	YUCUMA	CABRERA	2	4			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		14	2	
13	RC	1079413767	DANNA		TRUJILLO	CASTILLO	1	9			A	A	A						A	A	A			A	A	A	A	A	A	I	A		13	3	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	180	28	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** Tesalia
Nombre Agente Educativo (a): YEINZY CAROLINA MONJE PEREZ **CC:** 1079409066
Código CUENTAME UDS: 4179700068564 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** NUBE LUZ
Dirección UDS: DIAGONAL 9 N°10-5 **Teléfono UDS:** 3118736348

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079413685	LAUREM	SOPHIA	GONZALEZ	GONZALEZ	2	5			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	13	3	
02	RC	1079413636	EVELYN	YULIETH	ANDRADE	SANCHEZ	2	11			A	A	A							A	A	A	I										7	4	
03	RC	1241442935	MIA	AILYN	GONZALEZ	CAMARGO	3	0			A	A	A							I	A	A	I	I				I	I	I	I		5	10	0
04	RC	1079413571	IDAM	STHIFER	QUINTERO	LEYVA	3	5			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	I	12	4	
05	RC	1079413558	ICETH	DAHIARA	GARCIA	ROA	3	7			A	A	A							I	A	A	A	A				A	A	A	A	A	12	4	
06	RC	1084926398	EILYN	LISETH	ROJAS	AMESQUITA	3	8			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	13	3	
07	RC	1081427790	JUAN	PABLO	RAMOS	ANACONA	2	10			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	13	3	
08	RC	1076519541	JACOB		PEREZ	OSORIO	2	7			A	I	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	12	4	
09	RC	1079413360	JUAN	SEBASTIAN	ANDRADE	PERDOMO	4	10			I	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	12	4	
10	RC	1079510204	GABRIELA		ANDRADE	MORA	4	11			I	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	12	4	
11	RC	1079413305	KILIAN	YAHEL	TAQUINAS	POLO	5	3			A	A	A							A	I	A	A	A				A	A	A	A	A	12	4	
12	RC	1079413303	LIAM	MATHIAS	YUCUMA	TENORIO	5	3			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	13	3	
13	RC	1084870707	ELKIN	GERALD	MONTERO	MOROCHO	4	5			A	A	A							A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	13	3	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	149	53	

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) EA

Yeinzy C Monje P.
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

F27.MT1.PP | Versión 1 | 28/08/2025 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 4' 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): MELIDA PERDOMO MEDINA CC: 26529546
Código CUENTAME UDS: 4179700068579 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB MIS IDEAS
Dirección UDS: CARRERA 15 # 7-30 BARRIO LA CAMPIÑA Teléfono UDS: 3143332340

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	RC	1145832794	LAYRA	SOFIA	BARRERA	CAMAYO	3	2			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		14	2	
02	RC	1079510374	DULCE	MARIA	MEDINA	CUELLAR	2	7			A	A							A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
03	RC	1079413637	ABIGAIL		LIZCANO	MESA	2	10			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
04	RC	1145832846	ABBY		SANCHEZ	VARGAS	3	1			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
05	RC	1079510310	JOSSE	JHOEL	ILLERA	CUELLAR	3	7			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
06	RC	1079510324	JULIAN	DAVID	ALVARADO	TORRES	3	4			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
07	RC	1079510393	THIAGO		MAYORCA	TRUJILLO	2	3			A	A	A						I	A	A	A		A	A		A	A	A	A		14	2	
08	RC	1079510200	MATEO		DURAN	LUGO	5	1			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
09	RC	1079510251	EMMANUEL		RAMOS	SONS	4	4			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
10	RC	1079510198	LAHIONAL		GONGORA	SON	5	0			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
11	RC	1077256243	GAEL	DAVID	LARA	ROJAS	2	6			A	A	A						A	A	A	J		I	I		A	A	A	A		12	4	
12	RC	1079510242	NICOLAS		ROJAS	OCHOA	4	6			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
13	RC	1076517795	ISAAC		TIERRADENTRO	RAMOS	4	10			A	A	A						A	A	A	A		A	A		A	A	A	A		15	1	
14																																14	2	
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL 189	19	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Melida Perdomo Medina.
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 PREVENCIÓ

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	8/28/25
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB -A- FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): RUBIELA VARGAS VILLEGAS **CC:** 26470966
Código CUENTAME UDS: 4179700068601 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** BULLICIOSOS
Dirección UDS: CRA- 5 # 6-09 **Teléfono UDS:** 3112379964

Hoja _1_ de _1_

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1079413562	ANALIA		VARGAS	ACEVEDO	3	4
02	RC	1040840160	SARA		BETANCUR	PENA	4	10
03	RC	1079413594	EILYN	LUCIANA	PENA	SANCHEZ	3	1
04	RC	1079413638	IVETT	SOPHIA	REINA	CHANTRE	2	9
05	RC	1075811367	HELLEN		RIASCOS	YUCUMA	2	10
06	RC	1079413635	JEYCOB		SALAZAR	VARGAS	2	9
07	RC	1079413668	IAN	SANTIAGO	VELASCO	DELGADO	2	5
08	RC	1079413426	MIA	CAROLAITH	FIGUEROA	MONSALVE	4	4
09	RC	1079413409	EILYN	LUCIANA	MONJE	RUIZ	4	4
10	RC	1075810139	DANIEL		TRUJILLO	VARGAS	4	4
11	RC	1081426917	KRISS	EVAN	CASAS	ALZATE	3	10
12	RC	1079413646	IVAN	JESUS	PERDOMO	LEIVA	2	8
13	RC	1145832173	JOSE	MANUEL	HOYOS	GONZALEZ	4	7
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

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

TOTAL 208

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) EA

Rubiela Vargas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): YULIANA ROCHA USA CC: 1084869609
Código CUENTAME UDS: 4179700068627 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB CHIQUILLADAS
Dirección UDS: CASA 14 BARRIO PORVENIR-PACARNI-TESALIA Teléfono UDS: 3223587618

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	1079413537	DANNA	MICHELL	PERDOMO	CASTILLO	3	6			16		
2	RC	1079413370	KILIAN	SANTIAGO	MONTEALEGRE	ALDANA	4	8			16		
3	RC	1079413468	ERIK	DAMIAN	CHAMBO	PENNA	4	2			16		
4	RC	1081428232	MARIA	ISABEL	SALAZAR	PERDOMO	2	1			16		
5	RC	1084871049	LITZY	SAMARA	ROCHA	USA	2	1			16		
6	RC	1079413615	JHOJAN	ESTIVEN	QUINTERO	GONGORA	3	0			6	10	
7	RC	1145738949	LINDA	LIANETH	MORENO	GONZALES	2	9			14	2	
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	100 13	

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) EA

YULIANA ROCHA
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 PREVENCI FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT 9000274551-0 NUMERO DE CONTR/ 41007012024
MES OCTUBRE **AÑO:** 2025
MODALIDAD DE ATENCION : MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB -A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): OLGA ROCIO QUINA VARGAS **CC:** 26471634
Codigo CUENTAME UDS 4179700068639 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad e Atención:** LOS PATICOS
Dirección UDS: CLL 6 #- 7-31 B/ INMACULADA **Teléfono UDS:** 3203976011

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																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1084870852	KAREN	DAHIAN	FANDIÑO	CHAVEZ	3	6			A	A	A						P	I		P		P	P	P	P	P	A	A	A		14	2	
02	RC	1079413400	HANNA	ZAREITH	REINA	HERNANDEZ	4	10			A	A	A						P	P		P		P	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
03	RC	1079413461	BRIANA	GISELL	JOJOA	LIEVANO	4	2			A	A	A						A	A		P		P	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
04	RC	1079413521	GABRIELA		LADINO	CHARRY	3	9			A	A	P						P	P		A		A	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
05	RC	1079413444	JERONIMO		CASTRO	ANDRADE	4	3			A	A	A						P	P		A		A	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
06	RC	1079413520	LIAM	JESSE	CASTRO	GONZALEZ	3	9			A	A	A						P	P		A		A	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
07	RC	1188973235	JUAN	JOSE	SIBO	PEREZ	5	1			A	A	A						P	P		A		A	P	P	I	P	P	P	P		14	2	
08	RC	1076517825	THIAGO	ALEJANDRO	CORONADO	GONZALEZ	4	10			A	A	A						P	P		A		P	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
09	RC	1079413705	ERICK		GARCES	GONZALEZ	2	4			A	A	A						P	P		A		P	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
10	RC	1079413462	KALETH		PEREZ	GONZALEZ	4	2			A	A	A						P	P		A		A	I	P	P	P	P	P	P		14	2	
11	RC	1079413644	VICTOR	MANUEL	TOLEDO	TRUJILLO	2	10			A	A	A						P	P		I		A	P	P	P	P	P	P	P		14	2	
12	RC	1079413498	DYLAN	FELIPE	CASTRO	TRUJILLO	3	11			A	A	A						P	P		A		P	P	P	P	P	P	P	P		15	1	
13	RC	1079413733	ANGEL		ALARCON	CHARRY	2	0			A	A	A						P	P		I		A	P	P	P	P	P	P	P		14	2	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	189	19	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Olga Rocio Quina
RESPONSABLE DE GRUPO

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