BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal. **LA HORMIGA** Municipio. **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **LILIANA HERNANDEZ** CC **27.388.598**
Código CUENTAME UDS: **8675700126957** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **UDS MI MUNDO MAGICO 2**
Dirección UDS: **CABILDO SAN LUIS** Teléfono UDS: **3206261107**

Hoja **1** de **1**

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	PA	2150888754	AILIN	ESCARTETH	CHAMBO	HERNANDEZ		2													A												
02	RC	1122344644	AXELL	BASTIAN	VALLEJOS	CHIMBO	0	3													A												
03	RC	1122344572	JHOEL	DIOSDADO	MACHOA	MOLINA	0	7													A												
04	PA	2150831895	YOIFER	FARID	RIVERA	GRAJALES	1	2													A												
05	PA	2150813703	DEREK	ELIAS	VERA	BAJAÑA	1	4													A												
06	PA	2150775209	EIDER	ELIAS	TOBAR	CRESPO	2	5													A												
07	RC	1126144558	DAFNE	YARIANA	DE LA CRUZ	VILLOTA	2	5													A												
08	RC	1124870472	MILAN	GAEL	BOTINA	VARGAS	2	4													A												
09	RC	1122344201	SANHII	SULEIMY	MARTINEZ	CHIMBO	2	9													A												
10	RC	1126144150	AURORA	ESTEFANIA	CUEVA	ALVAREZ	3	8													A												
11	PA	2150709141	ELIAM	JIRETH	CHAMBO	ENRIQUEZ	3	11													A												
12	RC	1126144591	JHOISAN	ZAID	ROSERO	DE LA CRUZ	4	4													A												
13	RC	1126144104	DAYLIN	ARIANA	MONTENEGRO	BECERRA	4	0													A												
14	PA	2150759054	NASHLY	YARELI	MEDINA	CHAMBO	4	2													A												
15	RC	1126144009	GIANNA	ANTHONELA	CASTRILLON	MACHOA	4	6													A												
16	RC	1126144036	ANGELINE	JOLYE	BECERRA	CHASOY	4	5													A												
17	PA	2150668305	YULIAN	SANTIAGO	SOLARTE	FAJARDO	5	0													A												
18	RC	1126144007	ARLETH	DAYANARA	TOBAR	ZUÑIGA	5	0													A												
19	RC	1126143977	KIMBERLYN	LEILANY	TOBAR	MIRANDA	5	0													A												
20	RC	1126143976	EDWIN	NEYMAR	ENRIQUEZ	BARRERA	5	0													A												
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura	2
	0
	18

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

31/10/25

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2016
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a **WILLIAN MARIN** CC **18.182.346**
Código CUENTAME UDS: **867571129052** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **GRANDES EXPLORADORES**
Dirección UDS: **V/ ALBANIA** Teléfono UDS: **3114634890**

INFORMACIÓN 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 LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES			CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1087125196	ROSA	FERNANDA	ZORRILLA	ESTACIO	27	3														A												1	0	
02	R.C	1122344653	SHARITH	ELIANA	PEÑA	BRAVO	0	3														A												1	0	
03	R.C	1139964348	JENDRI	ALDAIR	PANTOJA	SANTI	0	9														A												1	0	
04	R.C	1122344486	MAYLEN	BRILLI	ARTUNDUAGA	CERDA	1	2														A												1	0	
05	R.C	1126145017	ELIAN	YARIT	OVIEDO	BURBANO	1	3														A												1	0	
06	R.C	1122344442	ABBY	ELIF	GARCIA	OSORIO	1	5														A												1	0	
07	R.C	1122344380	IAN	JOSUE	YELA	ZAMBRANO	1	10														A												1	0	
08	R.C	1122344243	ERICK	EMANUEL	MOSQUERA	ACOSTA	2	6														A												1	0	
09	R.C	1123213473	LESLY	LISETH	QUINDIGUA	LEITON	2	11														A												1	0	
10	R.C	1122344141	ERICK	NARCISO	MEZA	VARGAS	2	11														A												1	0	
11	R.C	1081068147	HELLEN	JOHANA	ERASO	TABORDA	2	11														A												1	0	
12	R.C	1122344081	YENCY	FERNANDA	SOLAR	BONILLA	3	3														A												1	0	
13	R.C	1122344046	ZOE	NAYELI	ANDRADE	CADENA	3	4														A												1	0	
14	R.C	1122343978	ERICK	JOHAN	GARCIA	ACEVEDO	3	6														A												1	0	
15	R.C	1126144203	DILAN	JHAIR	RAMIREZ	OVIEDO	4	0														A												1	0	
16	R.C	1122343903	ZAIRA	SOFIA	PANTOJA	CHIMBO	4	4														A												1	0	
17	R.C	1122343769	LOGAN	SMITH	NARVAEZ	EGAS	4	4														A												1	0	
18	R.C	1122343696	JHONIER	ALEXANDER	INSUASTI	VARGAS	4	7														A												1	0	
19	R.C	1122343689	NATALY	CRISHELL	PANTOJA	QUINDIGUA	4	7														A												1	0	
20	R.C	1087840382	KEYLIN	MILAGRO	ZORRILLA	ESTACIO	4	7														A												1	0	
																																	TOTAL	20	0	

	1
	19
	2

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a **WILLIAN MARIN** CC **18.182.346**
Código CUENTAME UDS: **867571129052** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **GRANDES EXPLORADORES**
Dirección UDS: **V/ ALBANIA** Teléfono UDS: **3114634890**

Hoja 2 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	
01	R.C	1122343692	JHONAR	ALEXIS	PANTOJA	SANTI	4	11														A											
02	R.C	1119219273	WENDY	YURLEIDY	SILVA	GARATEJO	5	0														A											
03	R.C	1122343923	DILAN	SMITH	GARCIA	ACEVEDO	5	3														A											
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	3	0	

	0
	3
	0

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

Vdel 26 al 30/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP | Versión 5 | 29/06/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912026**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ROSA ELVIRA MARTINEZ TORRES** CC **1.015.450.225**
Código CUENTAME UDS: **8675700114087** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **SEMILLAS PERVIVENCIA DE NUESTRA CULTURA**
Dirección UDS: **V/ SAN JUAN BOSCO** Teléfono UDS: **3215104763**

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1122338465	DEISI	KATERINE	NARVAEZ	LARA	18	5		I																								0	1	
02	RC	1122344630	KAIRIS	YULIETH	GOMEZ	RODRIGUEZ	0	4		I										A														1	1	
03	RC	1122344635	GERALDINE		LOPEZ	CHAVEZ	0	4		A										A														2	0	
04	RC	1122344612	ANGEL	GAEL	MALAVE	FIGUEROA	0	5		A										A														2	0	
05	RC	1126462594	AILANY	VICTORIA	VILLOTA	CORTES	0	7		A										A														2	0	
06	RC	1086927366	EITHAN	NICOLAS	NOGUERA	ALVAREZ	0	7		I										A														1	1	
07	RC	1122344574	THIAGO	EMANUEL	ORTIZ	MERCHAN	0	7		A										A														2	0	
08	RC	1126145112	AILANY	VICTORIA	CUARAN	ORTEGA	0	7		A										A														2	0	
09	RC	1122344553	DANIELA	SOFIA	TATES	DELGADO	0	8		A										A														2	0	
10	RC	1126462468	FELIX	BENJAMIN	CLAROS	NOVOA	0	9		A										A														2	0	
11	RC	1139964339	HEYSSEL	ARIANE	CUARAN	MADROÑERO	1	0		A										A														2	0	
12	RC	1122344519	LIA	NAHOMY	PANTOJA	VALLEJOS	1	0		A										I														1	1	
13	RC	1122344449	IKER	YOSEPH	RODRIGUEZ	ORTEGA	1	4		A										A														2	0	
14	RC	1122344366	LUCIANA		TUQUERRES	DIAZ	1	10		A										I														1	1	
15	RC	1126144971	HAIDER	MATIAS	ROSERO	CHILITO	2	2		A										A														2	0	
16	RC	1122343976	ILHEIN	ISABELLA	MALAVE	FIGUEROA	3	6		A										A														2	0	
17	RC	1122343887	EMILY	ANDREA	CUARAN	MADROÑERO	3	10		A										A														2	0	
18	RC	1122343867	ARISBETH	ALEJANDRA	BASTIDAS	CORTES	3	11		A										A														2	0	
19	RC	1122343744	NICOLAS	EMMANUEL	VALLEJOS	ACOSTA	4	4		I										A														1	1	
20	RC	1122343759	LIAM	MATEO	DIAZ	ERAZO	4	4		A										A														2	0	
																																	TOTAL	33	6	

Verificación De Cobertura		
	CONSOLIDADO NIÑOS Y NIÑAS ACTIVOS AL MES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN EL MES	16
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS RETIRADOS	1

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

Vdey 26/11/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ROSA ELVIRA MARTINEZ TORRES** CC **1.015.450.225**
Código CUENTAME UDS: **8675700114087** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **SEMILLAS PERVIVENCIA DE NUESTRA CULTURA**
Dirección UDS: **V/ SAN JUAN BOSCO** Teléfono UDS: **3215104763**

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	ANH	2501161058104 93	YEIDEN	MATIAS	RODRIGUEZ	XARUAEZ													I													0	7	
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	0	7	

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

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

F8.MO12.PP	28/06/2019
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVI: **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: _ **901345939-1** NUMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO:**2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA E INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCION: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO
Nombre Agente Educativo (a): **DIANA MORENO**
Código CUENTAME UDS: **867571128932**
Dirección UDS: **RESGUARDO YARINAL**

Centro Zonal: LA HORMIGA
CC. **1.126.450.074**

Municipio: SAN MIGUEL

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **COFANCITOS DEL FUTURO**
Teléfono UDS: **3118488526**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
			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	1006996941	MARIA	JOSE	GARRIDO	TACURI	23	6				A										I											17	7	
02	RC	1122344683	DANIEL	SEBASTIAN	SIQUIGUA	CANTICUZ	0	2				A										A											12	0	
03	RC	1122344593	JHODIAN	EMIR	VALENZUELA	LUCITANTE	0	6				A										I											17	7	
04	RC	1122344623	ADAN	GAEL	MENDUA	MOJOMBOY	0	6				A										I											17	7	
05	RC	1126462463	LIAM	MATEO	LUCITANTE	CRIOLLO	0	11				A										I											17	7	
06	RC	1130165322	MIA	CATTLEYA	BARRIOS	RUIZ	0	11				I										A											17	7	
07	RC	1126462124	YURISHA	ISABELA	SIQUIGUA	CRIOLLO	1	6				A										I											12	0	
08	RC	1126461981	EYDAN	YADIEL	CRIOLLO	BASTIDAS	1	10				A										A											12	0	
09	RC	1122344363	DANNA	ISABELLA	SANCHEZ	QUETA	1	11				A										A											12	0	
10	RC	1122344330	EMMANUEL	SANTIAGO	GARCIA	MARTINEZ	2	0				A										A											12	0	
11	RC	1126461833	YAILIN	JULIANA	ROJAS	GUALPAZ	2	3				A										A											12	0	
12	RC	1122344267	VIVIANA	NIYIBETH	LUCITANTE	CRIOLLO	2	5				A										I											11	7	
13	RC	1122344255	AILANY	YELITZA	GUALPAZ	CRIOLLO	2	6				A										A											12	0	
14	RC	1122344237	CALETH	ELIAN	GUALPAZ	GREFA	2	6				A										A											12	0	
15	RC	1126461511	ZAHARA	ANYELIN	GREFA	JOJOA	2	9				A										A											12	0	
16	RC	1122344098	CARLOS	MARTIN	RODRIGUEZ	PASCAL	3	2				A										A											12	0	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	86	6	

	7
	14
	7

COORDINADORA/A EA

DIANA MORENO
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Vdo 26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **BELEIDY ACHANGA** CC **1122340132**
Código CUENTAME UDS:**865751128924** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS ANGELITOS 1**
Dirección UDS: **V/ SAN ANTONIO** Teléfono UDS: 3204228016

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1130145370	LISETH	ANDREA	BASTIDAS	PAZUY	24	6												A												1	0	
02	RC	1126462659	AHILANY	VICTORIA	GONZALEZ	CUARAN	0	5												A												1	0	
03	RC	1122344440	ARELYS	YARITZA	SANTANDER	TOVAR	1	5												A												1	0	
04	RC	1122344435	DANNIA	GISELA	DAVID	CANTICUS	1	4												A												1	0	
05	RC	1116210687	ANA	CARLINA	OYOLA	BASTIDAS	1	6												A												1	0	
06	RC	1122344256	ERICK	SANTIAGO	CALVO	PESILLO	2	4												A												1	0	
07	RC	1122344134	VALERI	ISABEL	SENON	GOMEZ	2	11												A												1	0	
08	RC	1122343852	ALICEE	MAILEN	GOMEZ	BOTINA	4	1												A												1	0	
09	RC	1122343860	ANDERSON	YAIR	TISOY	JAJOY	4	3												A												1	0	
10	RC	1123337287	LIAM	STIVEN	RUIZ	PULISTAR	4	3												A												1	0	
11	RC	1122343770	AILEN	BALERIA	BISBICUS	TOVAR	4	7												A												1	0	
12	RC	1126460314	ERICK	ALEXANDER	QUINTERO	BETANCOURT	4	11												A												1	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	12	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS CON ASISTENCIA	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS CON INASISTENCIA	40
TOTAL NIÑOS QUE NO CUMPLEN CON ASISTENCIA	1

COORDINADOR(A) EA

Beleidy Achanga
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

Vdg 26
31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educ **ALBA NIDIA BRAVO ROSERO** CC **41.120.906**
Código CUENTAME UC/ 867571128793 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALMA DE \ MIS ANGELITOS
Dirección UCA: **V/ ESPINAL** Teléfono UCA: 3133954621

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL PARTICIPANTE		APELLIDOS DEL PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1006948858	JESSICA		TANDIOY	MAVISOY	25	0			A										A											2	0	
02	CC	1122342282	MARIA	ALEXANDRA	FLOREZ	NOGUERA	28	1			A										/											1	0	
03	CC	1086925032	ANA	CRISTINA	DORADO	DORADO	30	6			A										/											1	0	
04	CC	1123306391	JESSICA	PAOLA	QUIRAMA	JURADO	33	9			A										A											2	0	
05	PPT	6151433	MARIA	RUFINA	HERNANDEZ	CORTIZO	36	2			A										A											2	0	
06	RC	1122344689	ELIANA	CAMILA	CALLE	GALINDO	0	0			I										I											0	2	
07	RC	1122344520	ELIAN	MATHIAS	MEDINA	RIVERA	1	0			A										A											2	0	
08	RC	1126144824	MILAN	ENDRICK	SANTACRUZ	CORDOBA	1	3			A										A											2	0	
09	RC	1126144850	EVER	SANTIAGO	DEVIA	ACHANGA	1	5			A										A											2	0	
10	RC	1122344414	DERECK	FERNANDO	MADROÑERO	PAGUATIAN	1	7			A										A											2	0	
11	RC	1126144659	JULIETA		MOSQUERA	ESTRADA	1	11			A										A											2	0	
12	RC	1122344331	DANIEL	ALEJANDRO	ROMERO	YELA	2	0			A										A											2	0	
13	RC	1122344223	JONATHAN	ANDRES	MEDINA	JACANAMEJOY	2	6			A										A											2	0	
14	RC	1122344013	DYLAN	SANTIAGO	PORTILLO	SANTANDER	3	5			A										A											2	0	
15	RC	1122343939	TALITA CUMI	ANTONELLA	PLAZA	PACHECO	3	9			A										A											2	0	
16	RC	1122343922	MIA	VALERIA	PAJAJOY	FERNANDEZ	3	9			A										A											2	0	
17	RC	1126461058	ANTONY	EMILIANO	CUASAPUD	DIAZ	3	9			A										A											2	0	
18	RC	1126144071	MIGUEL	ALEJANDRO	DIAZ	MARTINEZ	4	6			A										A											2	0	
19	RC	1122343600	NAHIA	CELESTE	MONTILLA	MENECES	4	10			A										A											2	0	
20	RC	1122343467	JHERSON	ALEXANDER	GUEVARA	LOPEZ	5	4			A										A											2	0	
																															TOTAL	36	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

ALBA BRAVO
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

Vo.Bo 26/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**

NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**

MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN

Hoja **1** de 1

Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**

Nombre Agente Educ: **ALBA NIDIA BRAVO ROSERO** CC **41.120.906**

Código CUENTAME UC. 867571128793 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALMA DE V MIS ANGELITOS

Dirección UCA: **V/ ESPINAL** Teléfono UCA: 3133954621

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL PARTICIPANTE		APELLIDOS DEL PARTICIPANTE				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	SD	4D5A2D35C1614B9D85F09A9102A54D464387	ALAN	GAEL	ZAMBRANO	DORADO	0	0													I											0	1	
02	SD	63EEE47916B642C0B5D601692D29A5EC5177	ELISA	VICTORIA	VILLOTA	FLOREZ	0	0													I											0	1	
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	0	2	

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

COORDINADOR(A) EA

Alba Nidia Bravo.

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ANGIE REVELO** CC **1.006.996.903**
Código CUENTAME UDS:**867571128996** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **DUEÑOS DEL SOL 1**
Dirección UDS: **V/ LA YE** Teléfono UDS: 3174958700

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	1122344667	THIAGO	ISMAEL	OJEDA	CORDOBA	0	2			A									A											2	0	
02	RC	1122344641	NICOLAS	MATHIAS	CHAVEZ	CORREA	0	3			A									A											2	0	
03	RC	1122344573	GAEL	ALEJANDRO	CHALACAN	GONZALEZ	0	8			A									A											2	0	
04	RC	1122344501	MARIA	JOSE	CASTILLO	LOPEZ	1	1			A									A											2	0	
05	RC	1122344494	KAREN	ANYELIN	MUÑOZ	NARVAEZ	1	1			A									A											2	0	
06	RC	1126144894	LIAM	JARETH	NARVAEZ	QUINTERO	1	1			A									A											2	0	
07	RC	1139964336	VALERY	YULIETH	RODRIGUEZ	MELO	1	1			A									A											2	0	
08	RC	1126144875	EITHAN	JOAQUIN	ORDOÑEZ	ORTIZ	1	1			A									A											2	0	
09	RC	1126144701	ANGELA	YOSSUANI	ROMO	NARVAEZ	1	8			A									A											2	0	
10	RC	1122344396	ADHARA	VICTORIA	QUINTERO	CRUZ	1	8			A									A											2	0	
11	RC	1122344281	KEYSHA	ISABELLA	MARTINEZ	MONTENEGRO	2	4			A									A											2	0	
12	RC	1139964301	MILEIDY	ALEXANDRA	MENDEZ	GONZALEZ	2	9			A									A											2	0	
13	RC	1122344028	SMITH	YAHEL	CALVACHE	LOPEZ	3	4			A									A											2	0	
14	RC	1126461022	GAEL	SEBASTIAN	CALVACHE	ROSERO	3	5			A									A											2	0	
15	RC	1122343932	IAN	DAVID	MORENO	CHAVEZ	3	8			A									A											2	0	
16	RC	1126144161	ZEYNEF	JULIETH	CASTILLO	ERAZO	3	8			A									A											2	0	
17	RC	1122343870	EILYN	SALOME	MORAN	NARVAEZ	3	11			A									A											2	0	
18	RC	1122343822	ERICK	ALEXANDER	NARVAEZ	TRUJILLO	4	2			A									A											2	0	
19	RC	1122343721	ERICK	ALEXANDER	OJEDA	CHAVEZ	4	4			A									A											2	0	
20	RC	1122343629	EMILY	FERNANDA	CALVACHE	ZAMBRANO	4	9			A									A											2	0	
																														TOTAL	40	0	

Ver Fracción de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

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

Vale 26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **GERSON CANAS O.** CC **18,155,414**
Código CUENTAME UDS: **867571128991** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MI NUEVO MUNDO**
Dirección UDS: **V/ EL SABALO** Teléfono UDS:**3147182869**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									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	CAUSA DE RETIRO
01	PA	2101080261	ANA	DANIELA	DORADO	PORTILLO	27	7		A										A												2	0	
02	RC	1122344648	LIAN	ALEXANDER	PARRA	MUÑOZ	0	4		A										A												2	0	
03	RC	1122344502	HARIAN	JOSE	SANTACRUZ	CASTILLO	1	1		A										A												2	0	
04	PA	2150835359	JHOAN	ELIAS	DORADO	GUAJALA	1	3		A										A												2	0	
05	RC	1122344348	ANGEL	DAVID	PARRA	DAZA	1	11		A										A												2	0	
06	RC	1126461147	LIAM	DANIEL	JOJOA	REYES	3	4		A										A												2	0	
07	RC	1126144707	DYLAN	MATEO	INFANTE	MOREANO	3	6		A										A												2	0	
08	RC	1126144078	YEIDER	NEIMAR	JAMIOY	DORADO	4	2		A										A												2	0	
09	RC	1122343785	CARLOS	DANIEL	MERA	TAICUZ	4	3		A										A												2	0	
10	RC	1118475636	JUAN	PABLO	MUÑOZ	DIAZ	5	2		A										A												2	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	20	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Gerson Canas O.
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

Nelly 26/11/25

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **GERSON CANAS O.** CC **18,155,414**
Código CUENTAME UDS: **867571128918** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS HORAS FELICES**
Dirección UDS: **V/ NUEVA ESPERANZA** Teléfono UDS:**3147182869**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									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	ANV	25109310370116	AXEL	EMANUEL	TORRES	RIVERO	0	0		I									I													0	2	
02	CC	1122341144	ADRIANA	PATRICIA	CHAPUEZ	GUEVARA	30	5		A									A													2	0	
03	RC	1122344555	MATEO	SANTIAGO	CHAPUEZ	CHAPUEZ	0	9		A									A													2	0	
04	RC	1122344480	EMANUEL	SANTIAGO	MANCHOLA	TULANDE	1	2		A									A													2	0	
05	RC	1145739866	ALLISON	MURIEL	EUDOR	TRUJILLO	1	8		A									A													2	0	
06	RC	1122344174	ALAN	JERONIMO	CHAPUES	CALDERON	2	9		A									A													2	0	
07	RC	1139964299	THIAGO	ANDRES	ACHAGUA	RUIZ	2	9		A									A													2	0	
08	RC	1129461467	JHON	SEBASTIAN	FIGUEROA	RAMIEREZ	2	10		I									A													1	1	
09	RC	1122343991	EMILSON	YAHIR	PANTOJA	GUEVARA	3	5		A									A													2	0	
10	RC	1122343883	KADIR	ALEXANDER	CHACON	GONZALEZ	3	10		A									A													2	0	
11	RC	1122343851	ALIST	YISET	CHAPUES	DOMINGUEZ	4	2		A									A													2	0	
12	RC	1122343623	BREINER	CAMILO	PAYARES	QUIÑONES	4	9		A									A													2	0	
13	RC	1122343542	DILAN	ALEXANDER	AVILA	GUEVARA	5	0		I									A													1	1	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	22	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Gerson Canas O.
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

Nelcy 26 3/11/2025

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6	29/05/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA**

NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**

MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA E INTERCULTURAL**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN

Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**

Nombre Agente Educativo (a): **LUZ MILEIDY VILLACORTE** CC **1.006.788.437**

Código CUENTAME UDS: **867571129008** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS GRANDES AVENTUREROS**

Dirección UDS: **V/ SAN CARLOS** Teléfono UDS: **3157610210**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL ASISTIA		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NUMERO 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			
01	CC	1006844124	YEINI	VIVIANA	PABON	BEDOYA	24	7				I									A										1	1	
02	CC	1076982200	ANYI	MELISSA	DIAZ	BERNAL	21	10				I									A										1	1	
03	RC	1122344663	LIAM	YADIEL	SANCHEZ	YELA	0	2				A									A										2	0	
04	RC	1122344632	VALERITH	ANTHONELLA	TORO	CUASES	0	4				A									A										2	0	
05	RC	1122344598	DILAN	JOHAN	MARTINEZ	SARRIA	0	6				I									A										1	1	
06	RC	1122344580	DAIRON	ALEJANDRO	MALES	YELA	0	7				I									A										1	1	
07	RC	1124871186	MIGUEL	ADRIAN	RODRIGUEZ	OSPINA	0	7				A									A										2	0	
08	RC	1139964342	LIAM	EMMANUEL	ESCOBAR	VELASCO	1	0				A									A										2	0	
09	RC	1122344487	YEDIXON	MATIAS	HERMOSA	GUALMATAN	1	1				I									A										1	1	
10	RC	1122344496	MATTHEW	NICOLAS	VILLACORTE	RAMIREZ	1	1				A									A										2	0	
11	RC	1122344169	DEYMAR	ANDREY	DELGADO	BELALCAZAR	2	9				I									A										1	1	
12	RC	1139964305	HANNY	SARAI	ZUÑIGA	RODRIGUEZ	2	8				A									A										2	0	
13	RC	1139964332	DARLYN	YARELI	BENAVIDES	CRIOLLO	1	6				A									A										2	0	
14	RC	1124219711	KENIDER	ENRIQUE	BARRIOS	MUÑOZ	4	10				I									A										1	1	
15	RC	1122343761	JANEXY	MAILY	ACOSTA	DIAZ	4	3				I									A										1	1	
16	RC	1122343693	YAILIN	ANDREA	MEZA	CANGO	4	6				A									A										2	0	
17	RC	1126460198	ELIAN	URIAS	ZAMBRANO	ZAMBRANO	5	2				I									A										1	1	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	25	9	

	2
	13
	2

COORDINADOR(A) EA

Luz Mileidy Villacorta

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 Versión 5 Clasificación de la Información: Pública	29/05/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)** — IDENTIFICACIÓN — Hoja **1** de **2**

NIT: **901345939-1** — NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025** — Regional: **PUTUMAYO** — Centro Zonal: **LA HORMIGA** — Municipio: **SAN MIGUEL**

MES: **NOVIEMBRE** — AÑO: **2025** — Nombre Agente Educativo (a): **MARIA C. RODRIGUEZ** — CC **1.126.447.512**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL** — Código CUENTAME UDS: **867571129038** — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CARITAS SONRIENTES**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA** — Dirección UDS: **V. AGUA BLANCA** — Teléfono UDS: 3202976817

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1004597421	MARLY	ALEXANDRA	BURBANO	GUERRERO	24	8			A								A													2	0	
02	C.C	1122341827	VIVIANA	ESNEIDA	VALLEJO	ROSERO	28	10			A								A													2	0	
03	R.C	1122344627	MAITHE	VICTORIA	VALLEJO	MADROÑERO	0	5			A								A													2	0	
04	R.C	1122344633	KALETH	YADIEL	PANTOJA	NARVAEZ	0	5			A								A													2	0	
05	R.C	1122344568	AILANY	ANGELIQUE	OBANDO	GONZALES	0	8			A								A													2	0	
06	R.C	1122344500	MARIANGEL		AGUDELO	QUINTERO	1	1			A								A													2	0	
07	RC	1122344488	IVETT	ANTHONELLA	SOTELO	ANDRADE	1	2			A								A													2	0	
08	R.C	1122344364	ELIAN	SAMUEL	OBANDO	GONZALEZ	1	10			A								A													2	0	
09	R.C	1122344307	ANDER	YARET	PEREZ	PISMAG	2	1			A								A													2	0	
10	R.C	1122344301	EMILY	ANTONELLA	PARRA	CASTRO	2	3			A								A													2	0	
11	R.C	1120072858	MARIA	CAMILA	VALLEJO	ROSERO	2	4			A								A													2	0	
12	R.C	1122344224	EYTAN	YETZAEL	LASSO	PORTILLO	2	6			A								A													2	0	
13	R.C	1122344135	JORMAN	JAIR	AGREDA	MINA	3	0			A								A													2	0	
14	R.C	1122344119	EMMANUEL	ALEJANDRO	MORALES	BURBANO	3	2			A								A													2	0	
15	R.C	1122344104	MARIANA	ISABELLA	HERNANDEZ	TRUJILLO	3	2			A								A													2	0	
16	R.C	1122344106	DANEY	CAROLINA	GUANGA	GUANGA	3	4			A								A													2	0	
17	R.C	1122343966	SAMARA	ANTONELLA	BURBANO	MORALES	3	7			A								A													2	0	
18	R.C	1122343931	HAMEL	SANTIAGO	ROSERO	PORTILLA	3	8			I								I													0	2	
19	R.C	1126144201	AHISLYN	SCARLETT	MADROÑERO	ARMERO	4	1			A								A													2	0	
20	R.C	1126144098	EVELIN	SHAYRE	ORTEGA	BURBANO	4	2			A								A													2	0	
																														TOTAL		38	2	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Camila Rodriguez
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

Noviembre 26 al 21/11/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **MARIA C. RODRIGUEZ** CC **1.126.447.512**
Código CUENTAME UDS: **867571129038** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CARITAS SONRIENTES**
Dirección UDS: **V. AGUA BLANCA** Teléfono UDS: 3202976817

Hoja 2 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		SEMANAS																										[redacted]		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NUMERO 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			
01	R.C	1122343647	KARLA	MAITE	BENAVIDES	PEREZ	4	8			A								A															2	0	
02	R.C	1126460391	JUAN	PABLO	BURBANO	ZAMBRANO	4	9			A								A															2	0	
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																		TOTAL	4	0	

[redacted] 0 2 0

COORDINADOR(A) EA

Camila Rodriguez
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

Nelly 26 3/11/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/06/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **LISBETH DIAZ G** CC **1.087.008.416**
Código CUENTAME UDS: **8675700128100** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MI ENCUENTRO FAVORITO**
Dirección UDS: **V/. EL CHIGUACO** Teléfono UDS: **3172433297**

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1004548323	SILVIA	JAKELINE	JURADO	MATABAJOY	31	5				A										A										2	0	
02	RC	1126462618	YISETH	MARIANA	OCAMPO	OCAMPO	0	6				A										A										2	0	
03	RC	1126462613	ALISSON	CELESTE	GALINDEZ	GAMEZ	0	7				A										A										2	0	
04	RC	1139964344	ZOE	ALAIA	PEREZ	ARCE	0	11				A										A										2	0	
05	RC	1030084312	MARIANGEL		VALDERRAMA	ORDOÑEZ	1	9				A										A										2	0	
06	RC	1122344316	JHEINER	YESID	MEZA	MATABAJOY	2	0				A										A										2	0	
07	RC	1122344278	ADELHYN	LINETH	GOMEZ	MORA	2	4				A										A										2	0	
08	RC	1122344112	MAILEN	YAREPXI	YELA	JURADO	3	1				A										A										2	0	
09	RC	1122343954	JHOSTIN	ALEXIS	RIASCOS	SOLARTE	3	8				A										A										2	0	
10	RC	1122343911	HEYKER	JEREMIAS	PEÑA	MIRANDA	3	11				A										A										2	0	
11	PA	2150705834	BRIANNA	YUDIT	MORIANO	GALLARDO	4	1				A										A										2	0	
12	RC	1080071323	YEISON	ADRIAN	GAITAN	GARCIA	5	2				A										A										2	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	24	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **LISBETH DIAZ G** CC **1.087.008.416**
Código CUENTAME UDS: **8675700127032** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **SOLECITOS**
Dirección UDS: **V/. PALMIRA MANDUR** Teléfono UDS: **3172433297**

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	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	1122344482	HAALAND	STEBAN	ZAMBRANO	SOLARTE	1	2												A												1	0	
02	RC	1122344471	LIAM	DAVID	CHINDOY	CRIOLLO	1	3												A												1	0	
03	RC	1139964316	BRAIDER	YOEL	SERRANO	OLIVA	1	10												A												1	0	
04	RC	1126461958	HEYLEN	DAIA	CLAROS	SIERRA	1	11												A												1	0	
05	RC	1122344076	EYDER	JULIAN	SOLARTE	RODRIGUEZ	3	3												A												1	0	
06	RC	1122344036	DANA	SALOME	CORREA	CLAROS	3	4												A												1	0	
07	RC	1241442766	DIDI	THALIA	MUTUMBAJO	CRIOLLO	4	1												A												1	0	
08	RC	1122343795	EIMY	MAIA	MUTUMBAJO	FERREIRA	4	3												A												1	0	
09	RC	1140016042	MICHAEL	SNAIDER	RODRIGUEZ	TAICUS	4	3												A												1	0	
10	RC	1126144406	BRITTANY	DAYANA	VERA	ARBELAEZ	4	8												A												1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	10	0	

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

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

Nelly 2C 3/11/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES **NOVIEMBRE**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **CARLOS QUEJUAN** CC **97.481.037**
Código CUENTAME UDS: **867571128596** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CRISTALES DEL SOL**
Dirección UDS: **CABILDO CRISTALINA 2** Teléfono UDS: **3232919488**

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1089774480	YOLENI	YISELA	CANTICUS	GUANGA	22	2		A										A											2	0	
02	CC	1122338478	CAROL	YULIETH	CRUZ	TORRES	18	4		A										A											2	0	
03	RC	1122344581	LUCIANA		MONTERROSA	CANTICUS	0	7		A										A											2	0	
04	RC	1122344438	AMAYA	ITZAE	NASTACUAS	JAIMES	1	5		A										A											2	0	
05	RC	1122344383	BRITHANY	SOLEY	TORRES	ARROYO	1	10		A										A											2	0	
06	RC	1122344306	KEINER	YAEL	NASTACUAS	TAICUZ	2	1		A										A											2	0	
07	RC	1122344294	ESNEIDER	JAIR	BISBICUS	DEJOY	2	3		A										A											2	0	
08	RC	1122344236	HELEN	YEILIN	GUZMAN	ARROYO	2	5		A										A											2	0	
09	RC	1122344198	LIAN	YAEL	BERNAL	MORALES	2	8		A										A											2	0	
10	RC	1139964310	SAMUEL	MATHIAS	NAZATE	LOPEZ	2	8		A										A											2	0	
11	RC	1122344153	ADHARA	OLIANNYS	TAICUZ	GUERRERO	2	9		A										A											2	0	
12	RC	1139964283	JAIME	ANDRES	GARCIA	CARDENA	2	10		A										A											2	0	
13	RC	1122343996	LIAM	DARELL	CORDOBA	NASTACUAS	3	6		A										A											2	0	
14	RC	1122343943	BRYANA	NICOL	NASTACUAS	DIAZ	3	8		A										A											2	0	
15	RC	1126144143	JOSE	ANTONIO	NAZATE	LOPEZ	3	11		A										A											2	0	
16	RC	1122343876	MAICOL	ESNEIDER	TAICUZ	FLOREZ	3	10		A										A											2	0	
17	RC	1122343772	DARA	ISABELLA	LOZADA	BOTINA	4	4		A										A											2	0	
18	RC	1122343737	ANTHONY	DIONISIO	NASTACUAS	NASTACUAZ	4	6		A										A											2	0	
19	RC	1122343663	CAMILIA	ADELINE	ARTEAGA	NASTACUAZ	4	7		A										A											2	0	
20	RC	1122343624	YORDAN	ESTEBAN	MORALES	CANTICUS	4	9		A										A											2	0	
																														TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

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

Nel926 31/1/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA E INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **OLGA LUCIA ANACONA** CC **1.122.339.608**
Código CUENTAME UDS: **867571128640** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS TIERNOS BEBES**
Dirección UDS: **V/SANTAMARTA** Teléfono UDS: 3209738061

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	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	1126145047	ALAN	YARET	ALVAREZ	MONTENEGRO	0	5			A										A											2	0	
02	RC	1122344614	JOSE	ALEXANDER	SALCEDO	QUINTERO	0	6			A										A											2	0	
03	RC	1126462434	EMMANUEL		QUINTERO	PASU	0	11			A										A											2	0	
04	RC	1122344310	JESUS	MATEO	SALCEDO	QUINTERO	2	1			A										A											2	0	
05	RC	1122344257	LEINY	YESNID	YANANGONA	MARTINEZ	2	5			A										A											2	0	
06	RC	1122344033	NEILYN	SOFIA	MONTAÑO	ORTEGA	3	4			A										A											2	0	
07	RC	1122343972	AILEN	YARICEL	RUIZ	DAZA	3	7			A										A											2	0	
08	RC	1122343743	MARIA	DEL CARMEN	SALCEDO	QUINTERO	4	5			A										A											2	0	
09	RC	1122343574	HELEN	AYLIN	MONTAÑO	ORTEGA	4	11			A										A											2	0	
10	RC	1122343523	JHONIER	ALEXIS	LOPEZ	ESPINOZA	5	1			A										A											2	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Olga Lucia Anacona
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

Nelly26 21/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA E INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **OLGA LUCIA ANACONA** CC **1.122.339.608**
Código CUENTAME UDS: **867571128824** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **GOTITAS DE AMOR**
Dirección UDS: **V/ LAS PALMAS** Teléfono UDS: 3209738061

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1122344626	ZAYA	ESCARLETH	CARLOSAMA	TANGUILA	0	5														A										1	0	
02	RC	1182713779	MIGUEL	ALEXIS	RUALES	QUENAN	1	7														A										1	0	
03	RC	1122344336	IAN	JUAQUIN	GUZMAN	ALVAREZ	2	0														A										1	0	
04	RC	1122344317	DAVINSON	ZAIR	QUINGUANAS	GARCIA	2	0														A										1	0	
05	RC	1126461811	DAILIN	SOFIA	FLOREZ	NASTACUAS	2	2														A										1	0	
06	RC	1122343985	SAMIR	GAEL	CARLOSAMA	TANGUILA	3	7														A										1	0	
07	RC	1122343856	MARIA	ALEXANDRA	OSPINA	CHAVARRO	4	0														A										1	0	
08	RC	1122343787	KENJI	ADAMIAS	OPOCUE	ULCUE	4	3														A										1	0	
09	RC	1122343782	LIAM	FARID	ERAZO	PASCAL	4	4														A										1	0	
10	RC	1122343684	SAMARA	VALENTINA	GARCIA	PASCAL	4	8														A										1	0	
11	RC	1122343644	JHON	ALEXIS	RODRIGUEZ	TACAN	4	8														A										1	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	11	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Olga Lucia Anacona
RESPONSABLE DE GRUPO

Verified 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a):**OMAIRA MENESES** CC **1.070.597.063**
Código CUENTAME UDS: **8675700127141** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **AMOR Y TERNURA**
Dirección UDS: **V/ MESAS DEL SABALITO** Teléfono UDS: **3504439946**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER 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	
01	RC	1122344638	EVELIN	YULITZA	CUARAN	ITUYAN	0	4			A										A												2	0	
02	RC	1122344588	EMERSON	KALET	TOBAR	ERAZO	0	6			I										A												1	1	
03	RC	1122344436	SAMUEL	BENJAMIN	TIPAZ	ORTEGA	1	5			A										A												2	0	
04	RC	1122344447	BORIS	ANDRES	ARIAS	ARIAS	1	5			A										A												2	0	
05	RC	1120072998	VALERIE	SOFIA	GARCIA	RODRIGUEZ	1	6			I										A												1	1	
06	RC	1122344319	IAN	MATEO	GOMEZ	CANTICUS	2	1			A										A												2	0	
07	RC	1122344318	JOAN	SEBASTIAN	GOMEZ	CANTICUS	2	1			A										A												2	0	
08	RC	1127222371	JOAN	EZEQUIEL	PIAGUAJE	CHINGUAD	2	5			A										A												2	0	
09	RC	1126144530	LIAM	ALEXANDER	BURBANO	CANACUAN	2	5			A										A												2	0	
10	RC	1140016104	LUISA	MARIA	ARTEAGA	MARTINEZ	2	9			A										A												2	0	
11	RC	1122344190	ALLISSON	MILDREY	CHIRAN	MADROÑERO	2	9			I										A												1	1	
12	RC	1122344080	DIBANHI	SMITH	CAMPOS	TONGUINO	3	2			A										A												2	0	
13	RC	1081068008	LIAM	EMILIANO	ARTEAGA	ROSERO	3	5			A										A												2	0	
14	RC	1066848522	ASLY	JHOANA	BERROCAL	NUÑEZ	3	5			A										A												2	0	
15	RC	1122343977	NATALY	SAMARA	VALENZUELA	CAJAS	3	6			A										A												2	0	
16	RC	1126460982	EMELYN	JIMENA	ORTEGA	TIPAZ	3	7			A										A												2	0	
17	RC	1122343880	SARA	SALOME	PORTILLA	TIPAZ	3	10			A										A												2	0	
18	RC	1122343798	MARIA	JOSE	ORTIZ	YELA	4	2			A										A												2	0	
19	RC	1122343738	YOSELIN	JAZMIN	JIMENEZ	CANACUAN	4	5			A										A												2	0	
20	RC	1126144022	DANYELI	ANTONELLA	GOMEZ	MADROÑERO	4	8			A										A												2	0	
																														TOTAL		37	3	

Verificación De Cobertura	
	1
	19
	0

COORDINADOR(A) EA

Omaira Meneses
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

Nelly 2 C
31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ALMA DE VIDA
NIT: 901345939 NÚMERO DE CONTRATO: 860001912205
MES: NOVIEMBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA NATALIA DIAZ CC 1.006.788.781
Código CUENTAME UDS: 8675700127878 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS TERNURITAS
DIRECCION UDS: RISARALDA Teléfono UDS: 3226703455

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	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						
			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	1006850153	MARBELL	ALEJANDRA	GUERRERO		23	0			A									A													2	0	
02	CC	1006996006	NAYELI	FERNANDA	CUARAN	ROSERO	25	5			I									/													0	1	
03	RC	1122344681	MARTHIN	SANTIAGO	MOTTA	VILLALOBOS	0	1			I									A													1	1	
04	RC	1122344628	MARIANA		TAPIA	CASTRO	0	3			A									A													2	0	
05	RC	1122344651	SMAYLIN	ALAIA	VALENCIA	CHIRAN	0	3			A									A													2	0	
06	RC	1126462794	DAREN	JOEL	RAMIREZ	MADOÑERO	0	1			A									A													2	0	
07	RC	1122344550	LIAN	ALEXANDER	LOPEZ	PATIÑO	0	9			A									A													2	0	
08	RC	1122344547	THIAGO	SARIEL	PINCAY	ALVAREZ	0	9			A									A													2	0	
09	RC	1122344397	THIAGO	SAMUEL	ARBOLEDA	HERNANDEZ	1	8			I									A													1	1	
10	RC	1126144846	ADARA	ISAABELLA	TACRUZ	VALLEJO	1	5			A									A													2	0	
11	RC	1122344389	ADHARA	ANTONELLA	SOLARTE	MADROÑERO	1	9			A									A													2	0	
12	RC	1126461735	EIDER	ELIAS	RIOS	QUETA	2	3			A									A													2	0	
13	RC	1122344214	SARA	ISABELLA	DEVIA	ANDRADE	2	7			A									A													2	0	
14	RC	1127222949	AMEDEO	KALETH	PALMA	CORDOBA	2	9			A									(													2	0	
15	RC	1075811469	AITANA	MELISSA	ROMERO	DIAZ	2	11			A									A													2	0	
16	RC	1126461092	NIXON	DANIEL	TORO	ANAMA	3	9			A									A													2	0	
17	RC	1126460950	VELCY	YUSNEY	PAI	RODRIGUEZ	3	8			A									A													2	0	
18	RC	1122343935	NAIDELYN	THALIANA	SALAZAR	MINA	3	7			A									A													2	0	
19	RC	1122343545	ERICK	DARIO	RUIZ	ARBOLEDA	5	0			A									A													2	0	
20	RC	1058677989	KATALEYA	VALENTINA	RIOS	QUETA	5	02			A									A													2	0	
																															TOTAL		36	3	

[redacted]	4
Verificamos los [redacted]	15
Londuro [redacted]	1

COORDINADOR(A) EA

Natalia Diaz
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

Natalia 3/11/025

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

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939** NÚMERO DE CONTRATO: **860001912205**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **MODALIDAD PROPIA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **SANDRA NATALIA DIAZ** CC **1.006.788.781**
Código CUENTAME UDS: **8675700127878** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS TERNURITAS**
DIRECCION UDS: **RISARALDA** Teléfono UDS: 3228703455

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
									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	1126462855	Iker	Santiago	Ortiz	Cuaran	0	0													I												
02																																	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL AITANA		

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

COORDINADOR(A) EA

Natalia Diaz
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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ANDREA CUMBALAZA** CC **1.080.052.271**
Código CUENTAME UDS: 8675700127080 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **LA CASITA DEL SOL**
Dirección UDS: **CORREGIMIENTO DE PUERTO COLON** Teléfono UDS: 3164432641

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1033696296	YDDALI	YINELA	VILLALOBOS	DUARTE	19	5			I										/											1	
02	C.C	1122339526	MARIELLY	CRISTINA	FRANCO		34	7			A										A											2	0	
03	R.C	1122344659	MARLON	ANDRES	ORTEGA	CAMPO	0	3			A										A											2	0	
04	RC	1122344567	EINER	DAVID	CUARAN	AGUIRRE	0	8			A										A											2	0	
05	RC	1126462607	DAMARIS	CATALEYA	MOPAN	SAIZ	0	8			A										A											2	0	
06	RC	1122344505	IAN	SANTIAGO	PALACIOS	ZAMBRANO	1	0			A										A											2	0	
07	RC	1126144872	YOSETH	ENMANUEL	RAMIREZ	MENESES	1	2			A										A											2	0	
08	RC	1126462142	LUZ	MERY MARIANA	CABEZAS	LANDAZURI	1	6			A										A											2	0	
09	RC	1122344444	MILAN	GAEL	ZAMBRANO	DIAZ	1	6			A										A											2	0	
10	RC	1122344416	AMIRA	SCARLETT	IPIAL	SEGURA	1	7			A										A											2	0	
11	RC	1122344422	IAN	JAZIEL	DIAZ	FERREIRA	1	7			A										A											2	0	
12	RC	1126462084	ABBY	MARIANA	LEON	ESTACIO	1	7			A										A											2	0	
13	RC	1122344413	YESICA	JAZMIN	GUERRERO	PANTOJA	1	7			A										A											2	0	
14	RC	1030084086	FREIDER	DAVIAM	PANTOJA	YEGRES	2	7			A										A											2	0	
15	RC	1126144465	MARIA	ALISSON	PILATAXI	LOPEZ	2	8			A										A											2	0	
16	RC	1122344136	DAIAN	ISMAEL	TUTACHA	HERNANDEZ	2	11			A										A											2	0	
17	RC	1122344085	MAHIA	DANEICI	ROSERO	NASTACUAS	3	3			A										A											2	0	
18	RC	1122344009	VALERY	SOFIA	PAZ	ALVAREZ	3	5			A										I											1	1	
19	RC	1126144171	LYAM	KALETH	MORENO	PAYOGUAJE	3	8			A										A											2	0	
20	RC	1122343625	RYAN	SMITH	ZAMBRANO	DIAZ	4	9			A										A											2	0	
																														TOTAL		37	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Andrea Yurani Cumbalaza
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

Nelly 2/11/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**

NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**

MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**

Nombre Agente Educativo (a): **ANDREA CUMBALAZA** CC **1.080.052.271**

Código CUENTAME UDS: 8675700127080 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **LA CASITA DEL SOL**

Dirección UDS: **CORREGIMIENTO DE PUERTO COLON** Teléfono UDS: 3164432641

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	SD	6278AE5399ED40618BDABDDF783+324091500	CELESTE		GOMEZ	VILLALOBOS	0	0			/										I											0	1	
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	0	1	

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

COORDINADOR(A) EA

Andrea Yurani Cumbalaza

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/06/2016 Página 1 de 2 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO. **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN. **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a) **MERLY RAMIREZ** CC **69.030.362**
Código CUENTAME UDS: **867871129046** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS PEQUEÑOS SOÑADORES**
Dirección UDS: **V/ SAN JUAN BOSCO** Teléfono UDS: 3204727339

Hoja 1 de 2

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								[redacted]		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1122344675	DASHA	AYNARA	HERRAEZ	SAEZ	0	1				J									A												1	1	
02	RC	1122344656	HELEN	MILENA	CASTILLO	PAGUATIAN	0	2				A									A												2	0	
03	RC	1122344662	THIAGO	EMILIANO	PASCAL	ASCENCIO	0	2				A									A												2	0	
04	RC	1006789508	SHELSY	NATALIA	LASSO	ZUÑIGA	22	8				A									A												2	0	
05	RC	1122344600	EMILY	ADHARA	VALENCIA	GUARNICA	0	6				A									A												2	0	
06	RC	1122344579	MARIA	JOSE	MADROÑERO	DIAZ	0	6				A									A												2	0	
07	RC	1122344548	KATALEYA		RODRIGUEZ	UNIGARRO	0	9				A									A												2	0	
08	RC	1126462454	IKER	MATHIAS	MUÑOZ	ORTIZ	0	10				A									A												2	0	
09	RC	1139964328	LEYDI	JOHANA	RAMOS	GARCIA	1	6				A									A												2	0	
10	RC	1122344384	JEISON	JOSSUE	PARRA	OVIEDO	1	9				A									A												2	0	
11	RC	1124870634	VICTORIA	ALEXANDRA	VEGA	SEPULVEDA	1	9				A									A												2	0	
12	RC	1122344295	DANIELA	FERNANDA	JIMENEZ	SALAZAR	2	1				A									A												2	0	
13	RC	1122344300	SAMIR	SAMUEL	MARTINEZ	JIMENEZ	2	2				A									A												2	0	
14	RC	1122344250	THIAGO	MATIAS	VIDALES	PASCAL	2	4				A									A												2	0	
15	RC	1122343891	EIMY	SOFIA	MUÑOZ	DIAZ	3	9				A									A												2	0	
16	RC	1122343848	JHONATAN	ALEXANDER	ORTIZ	GUEVARA	3	11				A									A												2	0	
17	RC	1122343828	JAIDEN	YAMID	RODRIGUEZ	CHUQUIZAN	4	1				A									A												2	0	
18	RC	1088740243	MARIA	ISABELLA	CABRERA	CABRERA	4	5				A									A												2	0	
19	RC	1122343678	ALDAIR		HILAMO	PAGUATIAN	4	6				A									A												2	0	
20	RC	1122343606	GISLEY	ALEXANDRA	CHUQUIZAN	GARCIA	4	9				A									A												2	0	
																																TOTAL	39	1	

[redacted]
3
16
1

COORDINADOR(A) ZA

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

Merly 26 3/11/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **MERLY RAMIREZ** CC **69.030.352**
Código CUENTAME UDS: **867571129046** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS PEQUEÑOS SOÑADORES**
Dirección UDS: **V/ SAN JUAN BOSCO** Teléfono UDS: 3204727339

Hoja **2** de **2**

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1122343593	EILING	VALERIA	RODRIGUEZ	UNIGARRO	4	9				A										A										2	0	
02	RC	1122343566	SANTIAGO	ALEJANDRO	FRANCO	JIMENEZ	4	10				A										A										2	0	
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	4	0	

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

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

Nov 2025

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.MO12.PP Versión 5	28/05/2018 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL		Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901346939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **96001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN — Hoja **1** de **2**
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **JUAN CARLOS MORA ORTEGA** CC **87.717.340**
Código CUENTAME UDS: **867571128743** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS PEQUEÑOS BEBES 1**
Dirección UDS: **VEREDA JORDÁN ORTIZ** Teléfono UDS: **3147881943**

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1007728516	YASBETH	JOHANA	MARTINEZ	MONTENEGRO	24	5			A								/													7	0	
02	T.I	1117234177	KEINY	YULIETH	CUELLAR	GARIBELLO	17	10			A								A													2	0	
03	R.C	112234672	EMMANUEL		QUINTERO	CASTRO	0	2			A								A													2	0	
04	R.C	1122344654	EDUAR	SANTIAGO	NOTENO	URACO	0	3			A								A													2	0	
05	R.C	1182463467	THIAGO	HAYDAN	LOSADA	MENESES	0	4			I								A													1	1	
06	R.C	1122344610	ELIAM	YARID	MELO	ROJAS	0	6			A								A													2	0	
07	R.C	1122344515	EMILY	SOFIA	CAICEDO	PRECIADO	1	0			A								A													2	0	
08	R.C	1122344511	LISBETH	ISABELLA	MENESES	MENESES	1	0			A								A													2	0	
09	R.C	1118384692	ELIAD	SANTIAGO	ARIAS	GONSALEZ	1	1			A								A													2	0	
10	R.C	1122344475	YESSICA	ANTONELLA	SANTANDER	LOZADA	1	3			A								A													2	0	
11	R.C	1126462248	STIVEN	SMITH	PERDOMO	CASTRO	1	3			I								A													1	1	
12	R.C	1139964331	ENDRICK	SAMUEL	PERDOMO	GARCÍA	1	6			I								A													1	1	
13	R.C	1080073762	DANNA	LIZETH	TORRES	MENESES	2	4			A								A													2	0	
14	R.C	1124870411	DEIBY	ALEJANDRO	GUANGA	LANDAZURI	2	8			A								A													2	0	
15	R.C	1122344151	DYLAN	SAMUEL	BOLAÑOS	VALENCIA	2	10			A								A													2	0	
16	R.C	1127082369	FREDY	JOHEL	LLANOS	JAMIOY	3	1			A								A													2	0	
17	R.C	1122735527	BETSY	JOSENID	MACANIYA	NOTENO	3	2			A								A													2	0	
18	R.C	1122343927	IKER	JOEL	ORTIZ	GARIBELLO	3	9			A								A													2	0	
19	R.C	1122343728	EDUIN	FERNEY	ÁLVAREZ	MOLINA	4	6			A								A													2	0	
20	R.C	1122343732	ANGEL	MATHIAS	GAMBOA	SANTANDER	4	6			A								A													2	0	
																																36	3	

Matriculados Nuevos	3
Matriculados Antiguos	15
Matriculados Retirados	2

CODINADORA 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Vo.Bo 26 31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 8 | 29/08/2018 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**

NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**

MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN

Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**

Nombre Agente Educativo (a): **JUAN CARLOS MORA ORTEGA** CC **87.717.340**

Código CUENTAME UDS: **867571128743** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS PEQUEÑOS BEBES 1**

Dirección UDS: **VEREDA JORDÁN ORTIZ** Teléfono UDS: **3147881943**

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL DE NIÑOS		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C	1077253868	VIOLETA	SOFÍA	LUNA	DÍAZ	4	9			A					A					A					A							2	0	
02	R.C	1122343585	ERICK	MATÍAS	ZAMBRANO	MORENO	4	10			A					A					A					A							2	0	
03	R.C	1124869326	MARILYN	SOFÍA	YELA	LLANOS	5	3			A					A					A					A							2	0	
04	SD	977A87A6BC2147 3D90244D4703C6 2059225900	NOAH	JARETH	MELO	MARTINEZ	0	0			/										I											0	1	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	6	1	

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 6 A 24 MESES ASISTENTES	3
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) ZA

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

Nelcy 26 31/01/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educ **MAIQUELY FERNANDA MORA** CC **1.126.458.718**
Código CUENTAME UDS:**8675700126342** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS GRANDES SOÑADORES**
Dirección UDS: **PUENTE INTERNACIONAL** Teléfono UDS: **3209307718**

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1122342187	YURI	PAOLA	GREFFA	CUELLAR	28	0			A										/											1	0	
02	PA	2150887095	AILANY	YULIETH	PANTOJA	ADRADA	0	2			A										A											2	0	
03	RC	1126462783	LIAM	ALEJANDRO	FIGUEROA	FLOREZ	0	2			A										A											2	0	
04	PA	2150842041	AYLEEN	MAITE	PAEZ	GOMEZ	1	1			A										A											2	0	
05	RC	1122344322	JERONIMO		CUELLAR	VERGARA	2	0			A										A											2	0	
06	RC	1122344309	IAN	MOISES	CASTRO	CUELLAR	2	1			A										A											2	0	
0	RC	1122344351	BREINER	CAMILO	CHAMBA	CANTICUS	1	10			A										A											2	0	
08	RC	1126144544	ERICK	JAIR	SALAZAR	PASCAL	2	3			A										A											2	0	
09	RC	1126144498	JEREMY	JOSUE	JARAMILLO	GUACHO	2	5			A										A											2	0	
10	RC	1126144499	JARED	OCTAVIO	JARAMILLO	GUACHO	2	5			A										A											2	0	
11	RC	1122344194	FENYVER		OSPINA	RAMIREZ	2	8			A										A											2	0	
12	PA	2150764955	EITHAN	ALEJANDRO	VASQUEZ	ELIZALDE	2	8			A										A											2	0	
13	RC	1126144460	BRIANNA	RACHEL	HIDALGO	MACHOA	2	8			A										A											2	0	
14	RC	1122344124	LIA	ISABELLA	MERINO	ADRADA	3	6			A										A											2	0	
15	PA	1550480253	ZOE	VALENTINA	PAEZ	ALVARADO	4	2			A										A											2	0	
16	RC	1126144108	DYLAN	ISMAEL	VALLADOLID	DOVIGAMA	4	2			A										A											2	0	
17	RC	1122343480	ANDRES	SANTIAGO	PINO	TOBAR	5	3			A										A											2	0	
18	RC	1126143939	YEILI	SELENI	VALLADOLID	DOVIGAMA	5	6			A										A											2	0	
19	ANM	25111103813 28	AIAIA	VICTORIA	VIIIOTA	GREFFA	0	0			/										I											0	1	
20																																		
																															TOTAL	35	1	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Maiquelly Mora.
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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **FABIAN MEJIA** CC **1.151.946.897**
Código CUENTAME UDS: **867571129057** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **LOS CONSENTIDOS**
Dirección UDS: **CABILDO SAN FIDEL** Teléfono UDS: 3132286588

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1122344611	YEIDEN	SMITH	BUSTOS	ORTIZ	0	6
02	RC	1122344571	IKER	SANTIAGO	MURCIA	VILLAMARIN	0	6
03	RC	1122344615	ERMES	GABRIEL	ALVAREZ	ZAMBRANO	0	6
04	RC	1122344578	JHOSTIN	DAVID	LOPEZ	JAMIOY	0	6
05	RC	1139964334	IKER	KALET	CORDOBA	NASTACUAS	1	2
06	PA	2150832240	JOHANN	ANDRES	CUEVA	PEREGUEZA	1	5
07	RC	1126461953	EIMY	ANTONELLA	RIAÑO	ISAZA	1	8
08	RC	1126461644	EMELY	MARIANA	RODRÍGUEZ	GUERRA	2	1
09	RC	1122344334	DANNA	ARISBETH	BETANCUR	ROJAS	1	10
10	RC	1126461741	DILAN	YADIEL	BURBANO	JAMIOY	2	1
11	RC	1139964307	JASLY	SAMARA	PINCHAO	JOJOA	2	6
12	RC	1122344125	BRYAN	JOSUE	GONZALEZ	ZAMBRANO	3	0
13	RC	1122343781	LIAM	SAMUEL	CONTRERAS	VILLAMARIN	4	1
14	RC	1122343680	JHOJAN	ESTIVEN	PERENGUEZ	JAMIOY	4	6
15	RC	1122343973	SANTIAGO	FABIAN	PINTA	OLIVEROS	3	5
16	RC	1122343669	ANDRI	YARIXA	CALDERON	AGUDELO	4	6
17	RC	1122343925	LUPE	ANALIA	TORO	ZAMBRANO	3	7
18	RC	1122343683	JHOAN	ALEXANDER	ERAZO	GUANGA	4	5
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES			CAUSA DE RETIRO
01		A										A														2	0	
02		I										A														1	1	
03		A										A														2	0	
04		A										A														2	0	
05		A										A														2	0	
06		A										A														2	0	
07		I										A														1	1	
08		A										A														2	0	
09		A										A														2	0	
10		A										A														2	0	
11		A										A														2	0	
12		A										A														2	0	
13		A										A														2	0	
14		A										A														2	0	
15		A										A														2	0	
16		A										A														2	0	
17		A										A														2	0	
18		A										A														2	0	
19																												
20																												
TOTAL																										34	2	

	0
	18
	0

COORDINADOR(A) EA

FABIAN MEJIA
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

Nely 26
31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/06/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **MARIA NELLY CUARAN B** CC **69.030.696**
Código CUENTAME UCA: **867571129075** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **DULCES ANGELITOS 1**
Dirección UCA: **R/ VEREDA CAMPIÑA** Teléfono UCA: 3115890932

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1124865267	JHEINER	CAROLINA	ARTEAGA	CASTILLO	27	9		A										A											2	0	
02	CC	1085690235	YENCY	YOHANA	URBANO	GOMEZ	29	2		A										A											2	0	
03	CC	1193083723	MONICA	YURANI	PORTILLO	ANGULO	24	6		I										A											1	1	
04	CNV	25104310367683	CRISTEL	ANTHONELA	SIGINDIOY	CALVACHE	0	0		I										A											1	1	
05	RC	1122344642	ARIADNA	ISABELLA	MELO	PASCAL	0	4		A										A											2	0	
06	RC	1126145087	DAFNETH	JAHILANY	SALAS	PORTILLO	0	5		A										A											2	0	
07	RC	1126145107	CRISTIAN	GAEL	JURADO	CERON	0	5		A										A											2	0	
08	RC	1126145000	THIAGO	CALETH	CERON	SOLARTE	0	8		A										A											2	0	
09	RC	1088947782	LAHIAN	JOSUE	CASTILLO	SOLARTE	1	2		A										A											2	0	
10	RC	1122344432	EMMA	ISABEL	BRAVO	PEREGUEZA	1	4		A										A											2	0	
11	PA	2150816912	SHAIRA	ELIBETH	ROMO	CALVACHE	1	5		A										A											2	0	
12	RC	1122344402	JESUS	ALEJANDRO	SILVA	ZUÑIGA	1	9		A										A											2	0	
13	RC	1122344313	JHORDAN	ANDRES	CALVACHE	CAICEDO	2	0		A										A											2	0	
14	RC	1126144602	ALISSON	ARELYS	JURADO	PONCE	2	9		A										A											2	0	
15	RC	1122343948	DEIVI	YAIR	ARIAS	JURADO	3	4		A										A											2	0	
16	RC	1089299095	VALERIA	ALEXANDRA	GARCIA	SILVA	3	9		A										A											2	0	
17	RC	1126460872	MAREN	DASHLEY	URBANO	RIASCOS	3	9		A										A											2	0	
18	RC	1122343764	NASHLY		CAPERA	BENJUMEA	4	4		A										A											2	0	
19	RC	1122343515	HELENN	BRIYITH	CERON	MORA	5	0		A										A											2	0	
20	RC	1130165190	HUGO	DAVID	JOJOA	CALVACHE	5	0		A										A											2	0	
																														TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

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

Nelly 26 31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6 Clasificación de la información: Pública	29/05/2018 Página 1 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **66001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): JAN CARLOS SOLARTE CC **1.006.849.813**
Código CUENTAME UDS: 867571128759 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: QUERUBINES
Dirección UDS: **V/ NUEVA RISARALDA** Teléfono UDS: 3105532179

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																												
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1122344671	ELIAN	ZAID	EGAS	INSUASTI	0	2			A										A													2	0	
02	RC	1122344647	LIAM	ENRIQUE	TORIN	TAFUR	0	4			A										A													2	0	
03	RC	1122344634	MATHIAS	ALEJANDRO	GARCIA	AGUDELO	0	5			A										A													2	0	
04	RC	1122344590	ETHAN	ZAHEL	IPIAL	MARTINEZ	0	6			A										A													2	0	
05	RC	1122344569	OLIVIA		SEQUERA	CHAVES	0	8			A										A													2	0	
06	RC	1122344565	JHOEL	ALEJANDRO	PEREZ	BRAVO	0	8			I										A													1	1	
07	RC	1122344560	HENDRICK	CEDRICK	CUARTAS	PANTOJA	0	9			A										A													2	0	
08	RC	1122344540	BRITNY	SALOME	ZAMBRANO	FLOREZ	0	10			A										A													2	0	
09	RC	1122344530	ERIK	GAEL	GOMEZ	TAMAYO	0	11			A										A													2	0	
10	RC	1122344492	ZOEH	ANTHONELLA	MARCILLO	CHICHANDE	1	1			A										A													2	0	
11	RC	1126144871	MARIAN	SAMANTHA	CARVAJAL	SEGURA	1	2			A										A													2	0	
12	RC	1122344456	IKER	YADIEL	RODRIGUEZ	QUETA	1	4			I										A													1	1	
13	RC	1126462258	JHONATAN	ANDRES	CUASPA	PASU	1	4			A										A													2	0	
14	RC	1122344468	DEIVER	GAEL	MARQUINEZ	PADRON	1	7			A										A													2	0	
15	RC	1122344328	YEIDI	MAIA	ZAMBRANO	LARGO	2	0			A										A													2	0	
16	RC	1139964300	DAIMAR	VICTORIA	LOPEZ	MORA	2	9			I										A													1	1	
17	RC	1122344177	ZOE		RUIZ	GOMEZ	2	9			A										A													2	0	
18	RC	1122344034	EYLIN	KATHERINE	MUÑOZ	MUTUMBAJOY	3	4			A										A													2	0	
19	RC	1122344015	IAN	ZAID	ANDRADE	BACCA	3	5			A										A													2	0	
20	RC	1122344006	LIAM	SAMUEL	GUELGUA	PEREZ	3	5			A										A													2	0	
																																	TOTAL	37	3	

	3
	17
	0

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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): JAN CARLOS SOLARTE CC **1.006.849.813**
Código CUENTAME UDS: 867571128759 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: QUERUBINES
Dirección UDS: **V/ NUEVA RISARALDA** Teléfono UDS: **3106532179**

Hoja 2 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANA9																								
									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	
01	RC	1123212451	DANIEL	SCHNEIDER	RIVERA	GUERRERO	3	11			A										A											2 0	
02	RC	1124869682	JOSE	GREGORIO	HERNANDEZ	BRIZUELA	4	3			I										A											1 1	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	3	1	

[redacted]
0
2
0

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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **SANDRA MERA** CC **1.122.340.052**
Código CUENTAME UDS: **867571128905** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MI MUNDO MAGICO 1**
Dirección UDS: **V/ DIOS PEÑA** Teléfono UDS: **3236972102**

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CE	2150054167	ISABELA	NICOL	SANCHEZ	CUARAN	19	8														A										1	0	
02	PA	2150887947	JAENN	JOSIAS	CRUZ	RAMIREZ	0	2														A										1	0	
03	RC	1122344666	HIAN	THIAGO	AREVALO	PANTOJA	0	2														A										1	0	
04	RC	1139964347	JUNIOR	ENRIQUE	NACEQUIA	DOSABIA	0	9														A										1	0	
05	RC	1126144972	CRISTINA	FERNANDA	BARREZUETA	SALDAÑA	0	11														A										1	0	
06	RC	1126144899	HEIDY	CAMILA	SANTACRUZ	ABAD	1	3														A										1	0	
07	RC	1122344448	BRAYAN	SEBASTIAN	MALES	BRAVO	1	4														A										1	0	
08	RC	1126145023	GENESIS	SARAY	JARAMILLO	LARRAHONDO	1	6														A										1	0	
09	RC	1126144698	HAILYN	XOLANY	CUNDA	IZURIETA	2	0														A										1	0	
10	RC	1126144735	DASHLY	YASLEY	SANTACRUZ	ABAD	2	4														A										1	0	
11	RC	1122344216	MAYERLI	ALEJANDRA	NACEQUIA	DOSABIA	2	7														A										1	0	
12	RC	1122344109	DYLAN	FERNANDO	RODRIGUEZ	PENAGOS	3	1														A										1	0	
13	RC	1122344097	ANGELA	MICHELL	LOPEZ	MALES	3	2														A										1	0	
14	RC	1126144292	HELLEN	SOFIA	VIAFARA	PANTOJA	3	4														A										1	0	
15	RC	1122343982	AHILANY	VANESSA	ALVAREZ	DOVIGAMA	4	1														A										1	0	
16	RC	1122343827	DILAN	ALVEIRO	MENESES	ALVAREZ	4	3														A										1	0	
17	RC	1126144002	MADELIN	ALEJANDRA	BONE	NARVAEZ	4	8														A										1	0	
18	RC	1122343620	YOSEPH	FERNANDO	QUIROZ	BENAVIDES	4	9														A										1	0	
19	RC	1122344205	ELIAN	ALEXIS	RODRIGUEZ	DIAZ	4	10														A										1	0	
20	RC	1059918429	JAIDEN	JHOEL	ORTEGA	LARRAHONDO	4	11														A										1	0	
																															TOTAL	20	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

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

Nelly26 31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **SANDRA MERA** CC **1.122.340.052**
Código CUENTAME UDS: **867571128905** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MI MUNDO MAGICO 1**
Dirección UDS: **V/ DIOS PEÑA** Teléfono UDS: **3236972102**

Hoja **2** de **2**

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1126143993	JOSE	ALEXANDER	BARRERA	CARDOZO	5	2														A										1	0	
02	RC	1126143994	JOSE	ALEJANDRO	BARRERA	CARDOZO	5	2														A										1	0	
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	2	0	

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

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

31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a) **NARDI ESNELDA GARCIA CASTILLO** CC **59.176.135**
Código CUENTAME UDS: **867571128588** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención **QUERUBINES 1**
Dirección UCA: **V/MESAS DEL SABALITO** Teléfono UDS: 3222419495

Hoja 1 de 1

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							
									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	1122344636	EMMANUEL	SEBASTIAN	BECERRA	GUANGA	0	3		A										A											2	0	
02	RC	1122344620	EVELIN	MAITE	ZAPATA	ARTEAGA	0	4		A										A											2	0	
03	RC	1126144976	AILANY	ADHARA	MORALES	ZAMBRANO	0	8		A										A											2	0	
04	RC	1122344538	MATEO		HERMOSA	GOMEZ	0	9		A										A											2	0	
05	RC	1030084347	MADELYNE	CELESTE	CHIRAN	ARTEAGA	1	6		A										A											2	0	
06	PA	2150805493	GREICI	MAYORE	DELGADO	CUELLAR	1	9		A										A											2	0	
07	RC	1122344293	ITZEL	DAHIANA	GOMEZ	SANCHEZ	2	2		A										A											2	0	
08	RC	1083942986	DILAN	JHAIR	CRUZ	VARGAS	2	2		A										A											2	0	
09	RC	1122344217	JOSE	MANUEL	MUÑOZ	MARTINEZ	2	5		A										A											2	0	
10	RC	1122344162	HAROLD	DAVID	JIMENEZ	ARTEAGA	2	7		I										A											7	7	
11	RC	1122344095	EMILY		HERMOSA	GOMEZ	3	1		A										A											2	0	
12	RC	1122344058	LUIS	ANGEL	CUELTAN		3	3		I										A											7	7	
13	RC	1122343970	JOAN	ALEXIS	NARVAEZ	GOMEZ	3	3		A										A											2	0	
14	RC	1122343949	MATIAS	FERNANDO	ALARCON	DELGADO	3	10		A										A											2	0	
15	PA	2150703706	MARIA	MERCEDES	DELGADO	CUELLAR	3	11		A										A											2	0	
16	RC	1122343774	SANTIAGO	ALEJANDRO	TIPAZ	ORTIZ	4	1		A										A											2	0	
17	RC	1122343635	ALISON	SAMARA	RUALES	GOMEZ	4	8		A										A											2	0	
18	RC	1122343609	YOSLI	SELEN	GONZALEZ	CRUZ	4	10		A										A											2	0	
19	RC	1125414035	JORDY	ANDREIKC	BAICUE	MEDINA	4	11		A										A											2	0	
20	RC	1122343499	ANYELY	YULIETH	ZAPATA	ARTEAGA	4	11		A										A											2	0	
																														TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Nardi Garcia.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA E INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **JAKELINE VITERI CHAVES** CC **30744602**
Código CUENTAME UDS: **867571128944** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **RAYITOS DE SOL**
Dirección UDS: **R/ SAN MARCELINO** Teléfono UDS: 3212566054

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1122338144	ESLENY	FELICIANA	CERDA	JOJOA	37	0				A										A											2	0	
02	RC	1122433657	MARIANA	SALOME	SIQUIGUA	GUANGA	0	3				A										A											2	0	
03	RC	1122344658	ARIANA	THALIA	SIQUIGUA	GUANGA	0	3				A										A											2	0	
04	PA	2150875884	LIAM	DAEL	CHOEZ	GAVILANES	0	4				I										A											1	1	
05	PA	2150872071	AILANY	CATALEYA	SANTACRUZ	CHIVANGO	0	6				A										A											2	0	
06	RC	1139964340	YEILIN	DAMARIS	SIQUIGUA	SERDA	1	0				A										A											2	0	
07	RC	1122344460	LUZ	ALEJANDRA	CRUZ	VARGAS	1	6				A										A											2	0	
08	RC	1122344299	LAURA	SHARIT	GARCIA	SIQUIGUA	2	3				A										A											2	0	
09	RC	1122344200	JORDAN	STIVEN	BASTIDAS	ALVARADO	2	7				I										A											1	1	
10	RC	1122344145	EINAR	GADIEL	SERDA	GREFA	3	0				A										A											2	0	
11	RC	1085691359	KENAR	ALAN	BECERRA	JOJOA	3	1				A										A											2	0	
12	RC	1122344093	EILIN	CELESTE	RODRIGUEZ	CERDA	3	2				A										A											2	0	
13	RC	1130165308	ERICK	ELIAS	PAEZ	GREFA	3	4				A										A											2	0	
14	RC	1122344053	BRAYAN	STIVEN	GREFA	ROJAS	3	3				A										A											2	0	
15	RC	1122344008	ARELYS	SOFIA	GUANGA	CERDA	3	6				A										A											2	0	
16	RC	1122343912	LUIS	ANGEL	PROAÑO	ANDI	3	10				A										A											2	0	
17	RC	1124870096	JORGE	DANIEL	BECERRA	JOJOA	4	3				A										A											2	0	
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL		32	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Jakeline Viteri Chaves
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

Veley 21/11/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP Versión 8	29/06/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): SUZAN CIFUENTES CC **1.126.454.786**
Código CUENTAME UDS: 867571128812 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS TIERNOS AMIGUITOS 1
Dirección UDS: **V/ SAN FRANCISCO** Teléfono UDS: 3138202765

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	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	1006788476	ANYELA	MARCELA	OJEDA	MONTILLA	30	8														I											0 1	
02	CC	1081052272	HELEN	BRIGITH	LOPEZ	ROJAS	21	10														A											1 0	
03	RC	1126462805	MIGUEL	ANTONIO	MOSQUERA	CABEZAS	0	1														A											1 0	
04	RC	1122344602	DEYMAR	ANDRES	PORTILLA	CARDENAS	0	7														A											1 0	
05	RC	1126145097	CHRISTOPHER	ERIC	CHICA	SEVILLANO	1	1														A											1 0	
06	RC	1122344404	YULIETH	ANTONELLA	MAYA	VILLARREAL	1	8														A											1 0	
07	RC	1122344393	ELION	ISAC	ARCOS	RIVERA	1	9														A											1 0	
08	RC	1127082666	LINDA	AYLIN	CHICA	MESA	1	9														A											1 0	
09	RC	1122344333	ENELITH	KATALELLA	HERNANDEZ	CARDONA	2	1														A											1 0	
10	RC	1126144629	SOFIA	ABIGAIL	CARDENAS	MINGA	2	6														A											1 0	
11	RC	1122344166	AXEL	ALEXANDER	YELA	GARCIA	2	10														A											1 0	
12	RC	1139964292	ANDERSON	MILAN	RODRIGUEZ	ARCOS	2	10														A											1 0	
13	RC	1140016101	HELLEN	SAMARA	VARGAS	RODRIGUEZ	3	0														A											1 0	
14	PA	2150707889	ELIAM	YADIEL	CORAL	SEVILLANO	3	7														A											1 0	
15	RC	1130165248	JACK	TAYLER	PERALTA	CABEZAS	3	8														A											1 0	
16	RC	1126144434	OSCAR	DAMIAN	PARRA	SEVILLANO	3	8														A											1 0	
17	RC	1126461029	NIA	ALEJANDRA	ARCOS	RIVERA	3	8														A											1 0	
18	RC	1122343906	DILAN	ESTIVEN	GARZON	YELA	3	10														A											1 0	
19	RC	1030083757	DIEGO	FABIAN	CONDA	CARRASQUEL	4	1														A											1 0	
20	RC	1030083697	IAN	MATIAS	ALVAREZ	DELGADO	4	3														A											1 0	
																															TOTAL	19	1	

	1
	17
	1

COORDINADOR(A) EA

Suzan Cifuentes
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

Noviembre 26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)** — IDENTIFICACIÓN — Hoja **2** de **2**

NIT: **901345939-1** — NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025** — Regional: **PUTUMAYO** — Centro Zonal: **LA HORMIGA** — Municipio: **SAN MIGUEL**

MES: **NOVIEMBRE** — AÑO: **2025** — Nombre Agente Educativo (a): **SUZAN CIFUENTES CASTRO** — CC **1.126.454.786**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL** — Código CUENTAME UDS: **867571128812** — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS TIERNOS AMIGUITOS 1**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA** — Dirección UDS: **V/ SAN FRANCISCO** — Teléfono UDS: 3138202765

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1126144014	EMILI	LISET	MORALES	PERDOMO	4	6														A											1	0	
02	RC	1122343607	MARIAN	ELIZABETH	RIASCOS	PASSU	4	11														A											1	0	
03	ANM	25119110366848	Edison	Gael	Narvaéz	Ojeda		0														I											0	1	
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	2	1	

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

COORDINADOR(A) EA

Suzan Cifuentes.
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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **PAOLA CAICEDO** CC **1.122.783.643**
Código CUENTAME UDS: **867571129036** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **DEJANDO HUELLAS**
Dirección UDS: **V/BRISAS DE SAN MIGUEL** Teléfono UDS: 3147340952

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	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	1123215613	ITZEL	AILANNY	HERNANDEZ	GARCIA	0	2														A										1	0	
02	RC	1123215183	YONEIKER	DAEL	VARGAS	NOGUERA	1	1														A										1	0	
03	RC	1123213282	DAREK	GAEL	GALINDEZ	GOMEZ	2	10														A										1	0	
04	RC	1123213245	EDWIN	SANTIAGO	TAFUR	FERIA	2	11														A										1	0	
05	RC	1122343710	JAVIER	YESID	BERGAÑO	RODRIGUEZ	4	6														A										1	0	
06	RC	1119219323	IAM	ALEJANDRO	PULECIO	CUBILLOS	4	9														A										1	0	
07	RC	1122343672	DILAN	CALED	MELO	RODRIGUEZ	4	10														A										1	0	
08	RC	1126460436	YASLITH	DAIXURY	NOGUERA	COLLAZOS	4	11														A										1	0	
09	RC	1123211788	HEYLEN	VIOLETA	CASTILLO	CASTRO	4	11														A										1	0	
10	RC	1122343928	ESCARLEN	KATALEYA	TORRES	PEREZ	4	11														A										1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	10	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

PAOLA CAICEDO
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

Nelly26 3/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): PAOLA CAICEDO CC **1.122.783.643**
Código CUENTAME UDS: 887571129069 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **SEMILLITAS DEL FUTURO**
Dirección UDS: **V/LA CRUZ** Teléfono UDS: 3147340952

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	1123321972	FRANCY	DANIELA	FERREIRA	ORDOÑEZ	20	2		A										A													
02	CC	1006787867	ALICIA	NATALY	CAICEDO	MENESES	23	1		A										A													
03	RC	1122344668	ALIZON	ALEXANDRA	ENRIQUEZ	RAMOS	0	2		A										A													
04	RC	1126462684	DAHIAN	LUCIA	MUÑOZ	LEON	0	4		A										A													
05	RC	1122344378	EVANS	YAHIR	DIAZ	ORTIZ	1	9		A										A													
06	RC	1122344311	AYLIN	SOFIA	MUCHAVISOY	CERON	2	0		A										A													
07	RC	1126461577	DILAN	ALEJANDRO	QUIROZ	CAICEDO	2	6		A										A													
08	RC	1120072786	VALERY	SOPHIA	ZAMBRANO	CASTRO	2	10		A										A													
09	RC	1126460892	JHON	FREDDY	VIVEROS	JURADO	3	8		A										A													
10	RC	1126460873	EMILY	ALEXANDRA	PANTOJA	VELASQUEZ	3	9		A										A													
11	RC	1086698502	DANNA	PAOLA	ARTEAGA	ROMO	4	9		A										A													
12	RC	1122343509	CAREN	FERNANDA	LOPEZ	SOLARTE	5	1		A										A													
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																													TOTAL:	24	0		

2
8
2

COORDINADOR(A) EA

PAOLA CAICEDO
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

Nelly 24
31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **MAYRA MONTERO** CC **1123329773**
Código CUENTAME UDS:**8675700126265** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MUSHUKSISA**
Dirección UDS: **V/ LA GUISITA** Teléfono UDS: 3232201461

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1122339357	NADIA	ROCIO	CHAPUEZ	GUEVARA	34	9		A										A											2	0	
02	CC	1007282205	ANELISSE		ORTEGA	JURADO	25	0		A										A											2	0	
03	PPT	7264011	LEANNYS	PATRICIA	GARCIA	BANEZCA	21	1		A										A											2	0	
04	RC	1122344649	CELESTE	VALENTINA	BURBANO	CANAMEJOY	0	3		A										A											2	0	
05	PPT	8172559	ELIANNYS	CAMILA	PARRA	PIÑA	0	8		A										A											2	0	
06	RC	1126144981	KYLIAN	SMITH	GALEANO	PORTILLO	0	10		A										A											2	0	
07	RC	1124870895	PAULA	ALEJANDRA	DELGADO	DIAZ	1	2		A										A											2	0	
08	RC	1123214789	HERLY	YOSELIN	RODRIGUES	ZAMBRANO	1	2		A										A											2	0	
09	RC	1122344463	DOMINIC	SANTIAGO	DELGADO	VALLEJOS	1	3		A										A											2	0	
10	RC	1123039962	DIXI	CATALLEYA	AMARO	CEDEÑO	2	0		A										A											2	0	
11	RC	1126461850	LIAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	GUERRON	2	0		A										A											2	0	
12	RC	1139964288	MADELYN	ASHLEY	BAHOS	ROSERO	2	10		A										A											2	0	
13	RC	1120877170	BRIANNYS	ANTHONELLA	SILVA	GARCIA	3	2		A										A											2	0	
14	RC	1120072596	MELANY	VALERIA	FIGUEROA	RAMOS	3	8		A										A											2	0	
15	RC	1122343910	SCARLETT	NICOL	DELGADO	VALLEJOS	3	9		A										A											2	0	
16	RC	1126460629	SARITA	MAHIA	BAHOS	ROSERO	4	2		A										A											2	0	
17	PPT	10264046	ANTONY	JOSUE	SALCEDO	TORIJANO	4	8		A										A											2	0	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	34	0	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Mayra Alejandra Montero Ramirez
RESPONSABLE DE GRUPO

Nov 26 31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ANGEL MADROÑERO** CC **18.112.819**
Código CUENTAME UDS: **8675700128097** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MUNDO DE COLORES**
Dirección UDS: **V/ EL MAIZAL** Teléfono UDS: 3232085326

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	R.C	1122344646	AILANY	VICTORIA	MUÑOZ	RODRIGUEZ	0	3			A										A										2 0	
02	R.C	1112504173	EMILY	PAULETTE	ACOSTA	VILLACRIZ	0	7			A										A										2 0	
03	R.C	1122344549	ADARA	ISABELA	TORO	SALAS	0	8			A										A										2 0	
04	R.C	1124871097	ANDY	MATIAS	GOMEZ	VALLEJO	0	9			A										A										2 0	
05	R.C	1122344372	THIAGO	GAEL	CANTERO	GARCIA	1	9			A										A										2 0	
06	R.C	1122344365	MAILEN	YANAI	MONTES	TARAPUEZ	1	9			A										A										2 0	
07	R.C	1122344337	EYDAN	SAMUEL	MORA	MELO	1	9			A										A										2 0	
08	R.C	1122344280	HELLEN	MAIA	CHAPUES	ESTRADA	2	3			A										A										2 0	
09	R.C	1139964304	INDIRA	SOFIA	FERNANDEZ	CALDERON	2	7			A										A										2 0	
10	R.C	1126461247	KIMBERLY	DANIELA	CAPAZ	CHAMBA	3	1			A										A										2 0	
11	R.C	1122344025	DAMIAN	ESTEVAN	RAMOS	BISBICUS	3	5			A										A										2 0	
12	R.C	1122343622	JHONATAN	KALEB	BRAVO	RIVERA	4	7			A										A										2 0	
12																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
																													TOTAL	24	0	

	1
	11
	0

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

Abeley26 31/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL** Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): **ANGEL MADROÑERO** CC **18.112.819**
Código CUENTAME UDS: **867571129032** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **SOÑADORES**
Dirección UDS: **V/ LOS OLIVOS** Teléfono UDS: 3232085326

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1122344601	NAOMI	VICTORIA	CHARFUELAN	NIÑO	0	5												A												1	0	
02	R.C	1126144880	ELIAN	JOSUE	RUEDA	PAPA	1	1												A												1	0	
03	RC	1125208616	AARON	ANDRES	GONZALEZ	SHIGUANGO	2	1												A												1	0	
04	R.C	1126461594	LIAM	GAEL	ESPAÑA	LOPEZ	2	4												A												1	0	
05	P.A	2150801674	MILAN	ZAIR	PIANDA	PIAGUAJE	2	4												A												1	0	
06	R.C	1122344266	MATHIAS	EMMANUEL	CORTEZ	CASTAÑEDA	2	4												A												1	0	
07	R.C	1126461651	DILAN	ALEXIS	RUIZ	CHAZATAR	3	7												A												1	0	
08	R.C	1122343920	DERLYN	SAMARA	LOPEZ	CUELTAN	3	8												A												1	0	
09	R.C	1126144479	SMITH	SNEIDER	ANTUASH	CUELTAN	4	3												A												1	0	
10	P.A	2150729784	NELLY	FABIOLA	PIANDA	PIAGUAJE	5	1												A												1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	10	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

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

Nelly 26 3/11/025

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ARGENYS PASCAL** CC **1.122.336.031**
Código CUENTAME UDS: **8675700127836** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **LUZ DE VIDA**
Dirección UDS: **R/ SAN MARCELINO** Teléfono UDS: **3115719678**

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1122337375	YARLEDI	ALEXANDRA	GARCIA	CERDA	19	11				A										A										2	0	
02	CC	41120954	VICTORIA	TERESA	CERDA	VARGAS	40	9				A										A										2	0	
03	RC	1122344558	YUKIEL	NAIROBI	ACEVEDO	PROAÑOS	0	8				A										A										2	0	
04	RC	1126462484	MARTIN	SANTIAGO	SERDA	YUMBO	0	11				A										A										2	0	
05	RC	1122344541	JULIANA	ALEJANDRA	VARGAS	GUTIERREZ	0	10				A										A										2	0	
06	RC	1126462271	ANNY	CATALEYA	DIAZ	NARVAEZ	1	2				I										A										1	1	
07	RC	1122344446	AXEL	GAEL	GUAMANGA	CERDA	1	4				A										A										2	0	
08	RC	1122344441	THIAGO	FELIPE	ESPAÑA	YUMBO	1	6				A										A										2	0	
09	RC	1122344394	DAMIAN	ISAAC	CRUZ	GARCIA	1	9				A										A										2	0	
10	RC	1122344326	YARIKSA	ARISBETH	ANDI	ZERDA	2	0				I										A										1	1	
11	RC	1122344182	DANNIA	MAILEN	ACEVEDO	PROAÑOS	2	9				A										A										2	0	
12	RC	1139964308	JHAN	MATIAS	ARANDA	CHIVANGO	2	8				A										A										2	0	
13	RC	1122344226	IKER	MATHIAS	CHILITO	GOMEZ	2	6				A										A										2	0	
14	RC	1122344002	YELIBETH	YANEIDY	GARCIA	CERDA	3	6				I										A										1	1	
15	RC	1122343967	ADALI	YULEIDI	NUPAN	CERDA	3	7				A										A										2	0	
16	RC	1122344213	MICHEL	MARINA	YUMBO	ANDI	3	9				A										A										2	0	
17	RC	1122343951	MABELIN	LISDEY	SIQUIGUA	CERDA	3	9				A										A										2	0	
18	RC	1122343807	YILMAR	FARID	MORALES	GOMEZ	4	2				I										A										1	1	
19	RC	1122343681	DANNA	FERNANDA	GUANGA	CERDA	4	7				A										A										2	0	
20																																		
																															TOTAL	34	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

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

Nelly 21/11/25

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Publica

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :**FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO. **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: _2025_
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCION:**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN.
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL** Hoja _1_de _1_
Nombre Agente Educativo (a): **DIANA GUANGA** CC_ **1122340880**
Código CUENTAME UDS: **88571126780** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS AMIGUITOS**
Dirección UDS **CABILDO JUAN CRISTOBAL** Teléfono UDS: **3124196160**

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1059596767	EUNICE		ZAMBRANO	QUITUMBO	19	7			A										A													2	0	
02	CC	1122341615	ALBA	NIDIA	SANCHEZ	CABRERA	29	4																											
03	RC	1122344682	ZOE	DARELLY	CHAVES	TONGUINO	0	2			A										A													2	0	
04	PA	2150874648	JAN	MATHIAS	BUITRAGO	FERNANDEZ	0	6			A										A													2	0	
05	PA	2150866446	NATALIA	VALERIA	CHIGUANGO	ANDI	0	7			A										A													2	0	
06	RC	1122344525	ELIAN	ISACC	LOPEZ	QUEJUAN	0	11			A										A													2	0	
07	PA	2150857569	KENDRY	YADIEL	RIVERA	DIAZ	0	9			A										A													2	0	
08	PA	2150844880	MAITHE	ANTONELLA	HERMOSA	OVALLE	1	2			A										A													2	0	
09	PA	2250730146	ABDIEL	MATEO	HERNANDEZ	URIBE	1	10			A										A													2	0	
10	RC	1122344252	WILDER	JABIER	OSPINA	SANCHEZ	2	5			I										A													1	1	
11	PA	2150776116	ITHAN	GAEL	CORDOBA	QUENGUAN	2	6			A										A													2	0	
12	RC	1122344220	BRIANNA	KATALELLA	IMBAQUIN	LARGO	2	7			A										A													2	0	
13	RC	1122344175	DARIANA	ZEINEP	ORTEGA	DIAZ	2	11			A										A													2	0	
14	PA	2150765515	ALLAN	DAVID	IZA	DIAZ	3	0			A										A													2	0	
15	PA	2150729933	ALAIA	ISABELLA	RIVERA	LAPO	3	6			A										A													2	0	
16	RC	1126144138	DAILY	CATALEYA	JUMBO	CASTRO	4	2			A										A													2	0	
17	PA	2150697015	FERNANDO	ANDRES	CRUZ	CARVAJAL	4	3			A										A													2	0	
18	RC	1122343634	YESLY	SOFIA	LOPEZ	QUEJUAN	4	8			A										A													2	0	
19	PA	2150665095	DALILA	SAHYLI	RIVERA	LAPO	5	1			A										A													2	0	
20	PA	2150659478	EMELY	AYLIN	IZA	DIAZ	5	6			A										A													2	0	
																																	TOTAL	37	1	

Verificación De Cobertura	
	1
	17
	1

COORDINADOR(A) EA

Diana Guanga
RESPONSABLE DE GRUPO

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

0

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

Nov-dic 26 31/12/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ FUNDACIÓN ALMA DE VIDA
NIT: 901345939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: NOVIEMBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): DIANA GUANGA CC 1122340689
Código CUENTAME UDS: 867571128780 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención MIS AMIGUITOS
Dirección UDS: CABILDO JUAN CRISTOBAL Teléfono UDS: 3124196169

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1122344699	JHON	DEINER	RIVERA	SANCHEZ		0			I									I												0	2	
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	0	2	

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

COORDINADOR(A) EA

Diana Guanga
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **BEIBA ORDOÑEZ IMBACHI** CC: 34572996
Código CUENTAME UDS:867571128959 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ESTRELLITAS
Dirección UDS: **B/ 7 DE AGOSTO** Teléfono UDS: 3219605367

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1122344693	ADHARA	ISABELLA	MUÑOZ	DIAZ	0	1			I										A											1	1	
02	RC	1030084470	JUAN	MARTIN	BENAVIDES	ORDOÑEZ	0	2			A										A											2	0	
03	RC	1030025134	SARA	ELIZABETH	ASCUNTAR	GOMEZ	0	3			A										A											2	0	
04	RC	1122344619	LIAN	DAVID	CARRIZAL	BERMEJO	0	5			A										A											2	0	
05	RC	1122344566	LIAM	SAMUEL	CANGAS	ZUÑIGA	0	7			A										A											2	0	
06	RC	1122344545	ADHARA	MAYLETH	JURADO	MARTINEZ	0	9			A										A											2	0	
07	RC	1126144915	HELEN	YARITZA	CERON	SOLARTE	1	0			A										A											2	0	
08	RC	1122344499	DANIA	MAIRETH	MORALES	LAGOS	1	0			A										A											2	0	
09	RC	1122344498	SARA	CELESTE	GUANIPA	TOBAR	1	0			A										A											2	0	
10	RC	1122344470	EVELYN	YULIANA	MADROÑERO	OSPINA	1	3			A										A											2	0	
11	RC	1122344355	MOISES		CRUZ	SANTANDER	1	10			A										A											2	0	
12	RC	1122344367	EYMI	SIRLEY	MORENO	MELO	1	10			A										A											2	0	
13	RC	1122344241	EYTHAN	ALEXANDER	BRAVO	GUERRERO	2	5			A										A											2	0	
14	RC	1122344192	ASHLY	FERNANDA	PAPAMIJA	IGUA	2	8			A										A											2	0	
15	RC	1122344253	AVII	ANTHONELLA	LETRADO	VELA	2	5			A										A											2	0	
16	RC	1122344274	ANDRES	MATHIAS	INAGAN	SOTELO	2	3			A										A											2	0	
17	RC	1126461744	DILVER	STEVEN	LOPEZ	GUTIERREZ	2	3			A										A											2	0	
18	RC	1126461950	ARIANA	ALEXANDRA	SALAZAR	NAVIA	1	10			A										A											2	0	
19	RC	1122344401	ARIANA	ANTONELLA	DIAZ	MUÑOZ	1	7			A										A											2	0	
20	RC	1243764741	MATHEUS	SANTIAGO	ORTIZ	GUTIERREZ	2	8			A										A											2	0	
																																TOTAL	39	1	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Beiba Ordoñez.
RESPONSABLE DE GRUPO

Vely 26
31/10/25

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION ALMA DE VIDA**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **BEIBA ORDOÑEZ IMBACHI** CC **34.572.996**
Código CUENTAME UDS:867571128959 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ESTRELLITAS
Dirección UDS: **B/ 7 DE AGOSTO** Teléfono UDS: 3219605367

Hoja 2 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									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	1126144552	ELIAN	ZAID	MENESES	BOLAÑOS	2	2			A										A											2	0	
02	RC	1122344382	SAMUEL	DAVID	SOLARTE	TORO	1	9			A										A											2	0	
03	RC	1122344011	DIDIER	SANTIAGO	LANDASURI	GIL	3	5			A										A											2	0	
04	RC	1122343745	SULI	ALEXANDRA	AGREDO	CERDA	4	5			A										A											2	0	
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	8	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Beiba Ordoñez
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

Nelly 2.6 21/10/25

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **ONEIDA ROJAS CHAVEZ** CC **69.030.958**
Código CUENTAME UDS: **8675700114079** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MI MUNDO MAGICO**
Dirección UDS: **CABILDO MONTERREY** Teléfono UDS: **3134897947**

Hoja **1** de **1**

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1122344661	ASLHY	VIOLETTA	CLAROS	FIGUEROA	0	3														A												1	0	
02	RC	1126462789	SOFIA	ISABELLA	INAGAN	ROJAS	0	2														A												1	0	
03	R.C	1122344592	YARIDD	VALENTINA	PIAMBA	LOPEZ	0	6														A												1	0	
04	C.C	1122344563	YULIANA		VALENCIA	LOPEZ	23	5														A												1	0	
05	R.C	1122344377	AINA	ABIEN	GARCIA	PAI	1	10														A												1	0	
06	R.C	1126462437	ANDREA	JULIZA	RUIZ	LOPEZ	1	2														A												1	0	
07	R.C	1122343886	SALOME	CELESTE	PAI	CASANOVA	3	11														A												1	0	
08	R.C	1122344203	JEFFERSON	ESMIT	CUELLAR	RODRIGUEZ	2	8														A												1	0	
09	R.C	1122344208	JORDAN	DAVID	VELASCO	ORDOÑEZ	2	8														A												1	0	
10	R.C	1122344184	EMILY	ANTHONELLA	PAI	CAICEDO	2	9														A												1	0	
11	R.C	1122344251	BETCI	LIZANI	PIAMBA	LOPEZ	2	11														A												1	0	
12	R.C	1023566113	YEFRI	ANDRES	RIASCOS	FLOREZ	2	9														A												1	0	
13	R.C	1122343994	EINAR	YOEL	RODRIGUEZ	HERNANDEZ	3	6														A												1	0	
14	R.C	1122343877	NASLY	JAEL	GUANGA	ROSALES	3	11														A												1	0	
15	R.C	1126461891	JOAN	ALEXIS	GUAITARILLA	PAI	2	0														A												1	0	
16	R.C	1126460587	EILI	FERNANDA	PENAGOS	CUELLAR	4	4														A												1	0	
17	R.C	1023563186	SANTIAGO	JOSE	RIASCOS	FLOREZ	4	2														A												1	0	
18	R.C	1126462809	EYDAN	JOSUE	VILLAVICENCIO	MARIN	0	1														A												1	0	
19	PA	1760461846	DANNA	GABRIELA	DE LA CALLE	MALLA	5	0														A												1	0	
20	R.C	1126460281	YUNIER	ALEXANDER	PIAMBA	LOPEZ	5	0														A														
																																	TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Oneida Rojas Ch.
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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **BELEIDY ACHANGA** CC **1122340132**
Código CUENTAME UDS: **867571128964** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MANITOS CREATIVAS**
Dirección UDS: **V/ BAJO AMARON** Teléfono UDS: 3204228016

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1010009628	SOLMERY		MUÑOZ	RUIZ	35	1			A										A											2	0	
02	RC	1122344543	EMANUEL	DAVID	GARCIA	BACCA	0	9			A										A											2	0	
03	RC	1139964343	MARIAN	SAMANTHA	NATA	PALACIOS	0	11			A										A											2	0	
04	RC	1126145035	EDISON	KALETH	RAMOS	ACHANGA	2	4			A										A											2	0	
05	RC	1122344189	GREICI	DALLANA	BARRERA	ZAPATA	2	8			A										A											2	0	
06	RC	1122344103	MARIA	CELESTE	MONTIEL	CRUZ	3	1			A										A											2	0	
07	RC	1126144382	DEBANNY	SARAI	CASTRILLON	ECHEVERRI	3	3			A										A											2	0	
08	RC	1118383474	IAM	SAMUEL	CORTEZ	SANTACRUZ	3	7			A										A											2	0	
09	RC	1126460844	LUCIANNA		LOZADA	GAMEZ	3	9			A										A											2	0	
10	RC	1126460855	OVEIMAR	ALEXANDER	NATA	ORDOÑEZ	3	10			A										A											2	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

Beleidy Achanga
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

Nela26 21/10/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP Versión 5	28/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCION : **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **DALIANA MARICELA MORALES** CC **1088731427**
Código CUENTAME UDS:**867671129064** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **PEQUEÑOS EXPLORADORES**
Dirección UDS: **RESGUARDO CAMPO ALEGRE** Teléfono UDS: 3113268833

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																													CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES						
01	ANM	25107910359847	ELIAS	JAZIEL	RAMIREZ	YELA	0	0														A												1	0	
02	ANM	25109710332432	ARVEY	ALDEMAR	REVELO	VALDERRAMA	0	1														A												1	0	
03	PA	2150864326	ASHLYN	ISABELLA	PORTILLA	ZAMBRANO	0	7														A												1	0	
04	R.C	1126462449	FREIMAR	SAMUEL	GONZALEZ	CASTILLO	0	11														A												1	0	
05	R.C	1126144947	MIA	DAINARA	APRAEZ	CASTILLO	1	0														A												1	0	
06	R.C	1122344512	ZOE	ALAYA	MUÑOZ	QUINTERO	1	0														A												1	0	
07	R.C	1122344493	LUIZ	ESTEVAN	LUCITANTE	YIYOCURO	1	2														A												1	0	
08	RC	1122344408	DAENERYS	ANTONELLA	ORTEGA	PORTILLA	1	8														A												1	0	
09	R.C	1122344391	LIAN	ALEXANDER	LUCITANTE	YIYOCURO	1	11														A												1	0	
10	R.C	1116925788	MADELYN	LIZEHT	LOPEZ	CHAUZA	2	5														A												1	0	
11	R.C	1139964312	ALBARO	ALDAIR	QUETA	LUCITANTE	2	7														A												1	0	
12	R.C	1122344533	CRISTOFER	JESUS	RINCON	GONZALEZ	3	1														A												1	0	
13	R.C	1122343929	HARLEY	LEONOR	CAICEDO	PALMA	3	9														A												1	0	
14	R.C	1122343855	DULCE	VICTORIA	UMENDA	LUCITANTE	4	0														A												1	0	
15	R.C	1126144131	YONIEL	YETZAEL	ORTEGON	LUCITANTE	4	0														A												1	0	
16	R.C	1122343838	SIYETHW LIAM	ISAAC	QUETA	CHASATAR	4	3														A												1	0	
17	R.C	1122344116	DANNA	VALENTINA	CALDERON	ROSERO	4	5														A												1	0	
18	R.C	1122343630	SAIRA	VALENTINA	CHASATAR	PAYOGUAJE	4	10														A												1	0	
19																																						
																																		TOTAL		18	0	

	2
	16
	0

COORDINADOR(A) EA

Daliana Maricela Morales Mora
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

Nelcy P. 6
3/11/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES: **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **KELLY FERNANDA SANCHEZ** CC **1085690743**
Código CUENTAME UDS: **867571128771** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CHIQUITINES DEL MAÑANA**
Dirección UDS: **VEREDA MONTERREY** Teléfono UDS: 3203358837

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									[redacted]	[redacted]	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1126453314	ANA	GABRIELA	MATABAJOY	ANDRADE	33	10														A												1	0	
02	RC	1126145131	ZARELI	ZAIREL	VALLEJO	MEZA	0	2														A												1	0	
03	RC	1126462576	LYAN	YAEL	SANCHEZ	MAMIAN	0	7														A												1	0	
04	RC	1126462537	EMILI	SAMARA	PERDOMO	OVIEDO	0	8														A												1	0	
05	RC	1122344529	ADHARA	SOFIA	OPOCUE	CHUQUIZAN	0	11														A												1	0	
06	RC	1126144854	THIAGO	EMANUEL	GARCIA	PASCAL	1	3														A												1	0	
07	RC	1126462302	ADHARA	ISABELLA	PERDOMO	OVIEDO	2	0														A												1	0	
08	RC	1122344143	THIAGO	ANDREY	GOMEZ	MACIAS	2	11														A												1	0	
09	RC	1122344137	ANGELI	XIMENA	CHUQUIZAN	LUCITANTE	2	11														A												1	0	
10	RC	1123213225	YOSELITH	ESMERALDA	ALVAREZ	QUINAYAS	2	11														A												1	0	
11	RC	1122344038	JUAN	DAVID	PALACIOS	PASCAL	3	5														A												1	0	
12	RC	1126461108	KENER	SANTIAGO	MADROÑERO	NARVAEZ	3	5														A												1	0	
13	RC	1122343941	ERIK	ALEJANDRO	VELASQUEZ	RAMOS	3	10														A												1	0	
14	RC	1122343837	JULIAN	ALEJANDRO	GAVIRIA	TAICUS	4	3														A												1	0	
15	RC	1122343933	EMELY	ALEXANDRA	TAICUS	NASTACUAS	4	7														A												1	0	
16	RC	1122343694	BRAYAN	ALEXY	PAI	TAICUZ	4	8														A												1	0	
17	RC	1122343619	JARETZI	TAMARA	MEZA	DIAZ	4	9														A												1	0	
18	RC	1122343596	HELEN	ZHARICK	MEZA	MEZA	4	10														A												1	0	
19	RC	1140015955	IANN	ANDREZ	ANDRADE	PARREÑO	4	11														A												1	0	
20																																				
																																	TOTAL	19	0	

[redacted] 1
17
1

COORDINADOR(A) EA

Keli S 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

Nely Zl 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **DARWIN CHUQUIZAN** CC **18.182.631**
Código CUENTAME UDS: 8675700069017 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS TIERNOS AMIGUITOS**
Dirección UCA: **V/ AFILADOR** Teléfono UDS: 3229562692

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1126451459	ERIKA	DAYANA	LOAIZA	ROSALES	22	7														A										1	0	
02	RC	1122344618	ERICK	YESID	ROSALES	MORALES	0	6														A										1	0	
03	RC	1122344617	LIAM	KALETH	GARCIA	LUCITANTE	0	6														A										1	0	
04	RC	1122344594	ANDRES	MAURICIO	DAZA	IBARRA	0	6														A										1	0	
05	RC	1122344596	BLEIMAR	NAJIMI	TRUJILLO	LUCITANTE	0	7														A										1	0	
06	RC	1139964349	SOFIA	KATALEYA	GRIJALBA	TANGUILA	0	9														A										1	0	
07	RC	1122344464	AMAIA	SOFIA	CAICEDO	ZAMBRANO	1	4														A										1	0	
08	RC	1126462002	BRIANNA	MILLERLANDY	MUCHABISOY	PORTOCARRERO	1	9														A										1	0	
09	RC	1122344320	MILAN	SANTIAGO	ZAMBRANO	ROSALES	2	0														A										1	0	
10	RC	1122344291	IAN	ADAEL	ROSERO	LOPEZ	2	4														A										1	0	
11	RC	1122344262	EFRAIN	DAVID	GONZALEZ	PALMAR	2	5														A										1	0	
12	RC	1122344265	DANIER	ALEXANDER	TRUJILLO	QUINTERO	2	6														A										1	0	
13	RC	1139964290	BRIANA	YARITZA	ORTEGA	CASTRO	2	10														A										1	0	
14	RC	1077255765	VALERY	SAMANTHA	GUERRERO	CAJAS	3	4														A										1	0	
15	RC	1122344012	JUAN	DAVID	BRAVO	ROSALES	3	5														A										1	0	
16	RC	1126460737	ANNIE	SALOME	TONGUINO	ROSERO	4	0														A										1	0	
17	RC	1122343830	LUISA	FERNANDA	CARRERA	CUNDAR	4	2														A										1	0	
18	RC	1122343815	EMELY	SAMARA	VACA	SEGURA	4	2														A										1	0	
19	RC	1122343800	VALERIN	KATERINE	QUINTERO	MEZA	4	3														A										1	0	
20	RC	1126460560	DARWIN	JOSE	GONZALEZ	PALMAR	4	4														A										1	0	
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE A MESES ASISTENTES	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Darwin Chuquizan Yanguatin
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

Nelly26 31/10/25

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA (FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **86001912025**
MES **NOVIEMBRE** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): **DARWIN CHUQUIZAN** CC **18.182.631**
Código CUENTAME UDS: 8675700069017 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **MIS TIERNOS AMIGUITOS**
Dirección UCA: **V/ AFILADOR** Teléfono UDS: 3229562692

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1122343553	LIZBETH	ARACELY	TRUJILLO	MONTILLA	5	0										A													1	0	
02																																	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	1	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Darwin Chuquizan Yongvatin
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

Nelly26 31/10/25