BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	20/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fumpic
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto Municipio: San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a): Flor María Gómez CC: 27097747.
Código CUENTAME UDS: 5200700052798 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Villa Flor
Dirección UDS: Vereda Villa Nueva Teléfono UDS: 3206758122.

Hoja ___ de ___

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
01	RC	7086557476	Melany	Alejandra	Andrade	Gavilia	4	6	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
02	RC	7089489342	Nasly	Michelle	Riascos	Ojeda	3	70	A A A					3	D
03	RC	7086557505	Dinna	Lucia	Noguera	Ordoñez	2	77	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
04	RC	7086557528	Samuel	Alejandro	Cifuentes	Granda	3	77	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
05	RC	7086557508	David	Alejandro	Bastidas	Noguera	4	2	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
06	RC	7086557445	Julieth	Sofia	Gómez	Delgado	5	2	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
07	RC	7087596396	Kylian	Alexander	Silva	Viveros	2	6	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
08	RC	7086557603	Alanna	Isabella	Noguera	Ojeda	2	7	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16	
09	RC	7089489399	Samuel		Martinez	Alvear	3	11	A A A	A A				5	D
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

TOTAL 120

Verificación de Beneficiarios: 9

Luisa M Yepez
COORDINADOR(A) EA

Flor María Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada 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	25/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNFIC

NIT 901591121-0 NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Noviembre AÑO 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: NARIÑO Centro Zonal Municipio: San Bernardo

Nombre Agente Educativo (a): Amparo Pardo CC 59588582

Código CUENTAME UDS: 52685007099337 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Principitos

Dirección UDS: vereda Pueblo Viejo Teléfono UDS 3147874100

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1081596131	GADDIEL	SANTIAGO	CERON	JURADO	5	7
02	RC	1086551542	Elian	Matias	Delgado	Castillo	3	7
03	RC	1086551555	Jhon	Felipe	Martinez	Delgado	3	4
04	RC	1086551558	Jarvi	Andres	Delgado	Coronel	3	4
05	RC	1084229536	Arleth	Renata	Muñoz	Ordoñez	3	1
06	RC	1086551662	Ana	Victoria	Josso	Jurado	1	8
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					[illegible]	[illegible]	CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
02		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
03		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
04		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
05		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
06		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
07–20																												
TOTAL																										96		

Verificación de Cobertura	[illegible]	0
	[illegible]	6
	TOTAL [illegible]	0

COORDINADOR(A) EA

Amparo Pardo Castillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	20/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNSC
NIT: 901581121-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre. AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño, Centro Zonal: Pasto 1 Municipio: San Bernardo Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Leida Maris Lasso CC: 27.103494
Codigo CUENTAME UDS: 526850013571 5 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Hilos
Dirección UDS: Vereda. Primavera Telefono UDS: 3137911221

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	[illegible]	[illegible]	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1086551451	Alain.	Nicolas	Muñoz	Bolaños	5			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
02	R.C	1086551481	Adrian	David	Castillo	Castillo	4	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
03	R.C	1086551465	NaslI	Celeste	Chicaiza	Coronel.	4	8		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
04	R.C	1086651478	Alissòn	Victoria.	Moreno	Hernandez	4	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
05	R.C	1086551549	Maicol	Emiliano	Perez	Ñañez	3	6		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
06	Rc	1086551609	Juan	David.	Guerrero	Ramirez	2	8		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
07	Rc	1086551550	Shara	Isabella.	Gomez.	Ortiz.	3	6		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
08	R.C	1086551647	Julian.	Andres	Muñoz	Muñoz	1	11		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	128		

Verificación de cobertura		
[illegible]	0	
[illegible]	8	[signature] COORDINADOR(A) EA
[illegible]	0	Leida Maris Lasso Rivas RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNFIC
NIT: 901581121-3
NÚMERO DE CONTRATO:
MES: noviembre
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: NARIÑO
Centro Zonal
Municipio:
Nombre Agente Educativo (a): edilma perez
CC 59588769
Código CUENTAME UDS: 526850010623S
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS Amiguitos
Dirección UDS: Vereda mirador la playa
Teléfono UDS: 314 716 8183

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	R.C	1086551566	Zaira	Daniela	alvear	Gomes	3	1
02	R.C	1086551439	Anderson	estiven	Delgado	Urbano	5	5
03	R.C	1086551483	Jeiman	Jeronimo	ortega	gaviria	4	5
04	R.C	1086551638	erick	Samuel	Bolaños	Martines	2	
05	R.C	1086551614	Derek	Matias	erazo	narvaes	2	5
06	R.C	1086551498	Cristian	camilo	Tuquerres	Gomes	4	1
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
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	[illegible]	CAUSA DE RETIRO
01		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
02		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
03		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
04		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
05		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
06		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
07																											
08																											
09																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
TOTAL																										96	

Verificación De Cobertura				
	TOTAL [illegible] ASISTENTES			
	TOTAL [illegible] MAYORES DE [illegible] MESES ASISTENTES	6	[signature] COORDINADOR(A) EA	edilma perez RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL MUJERES GESTANTES [illegible] ASISTENTES			

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FuNFIC
NIT: 901581121 -3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Nobiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hogares comunitarios
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. C. B

IDENTIFICACIÓN
Hoja __ de __
Regional: Nariño Centro Zonal: pasto 1 Municipio: San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a): Martha Gutierrez CC: 59588774
Código CUENTAME UDS: 52480007035G7 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Jardin
Dirección UDS: Vereda la esmeralda Teléfono UDS: 3173586123

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	Tipo Doc.	Número documento	Nombres: Primer nombre	Nombres: Segundo nombre	Apellidos: Primer apellido	Apellidos: Segundo apellido	Edad: Años	Edad: Meses	Primera: Lunes	Primera: Martes 4	Primera: Miércoles 5	Primera: Jueves 6	Primera: Viernes 7	Segunda: Lunes 10	Segunda: Martes 11	Segunda: Miércoles 12	Segunda: Jueves 13	Segunda: Viernes 14	Tercera: Lunes 17	Tercera: Martes 18	Tercera: Miércoles 19	Tercera: Jueves 20	Tercera: Viernes 21	Cuarta: Lunes 24	Cuarta: Martes 25	Cuarta: Miércoles 26	Cuarta: Jueves 27	Cuarta: Viernes 28	Quinta: Lunes	Quinta: Martes	Quinta: Miércoles	Quinta: Jueves	Quinta: Viernes	Total mensual: Asistencias	Total mensual: Inasistencias	Causa de retiro
01	RC	1086557577	Leidy	yuliana	jurado	Bolaños	3	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
02	RC	1086557579	Anthony	yamid	Delgado	ordoñes	3	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
03	RC	1086557575	josé	sebastian	Delgado	casi	4	1		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
04	RC	1084902256	alan	Mathiaz	Delgado	correa	4	5		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
05	RC	1086557458	Kelly	yhojana	Rodriguez	Alvear	4	11		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
06	RC	1086557437	David	Fernando	jurado	jurado	5	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
07	RC	1086557604	Angeli	Samara	castillo	Toro	2	9		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							76		
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	772		

Verificación de cobertura	
[illegible]	0
[illegible]	7
[illegible]	0

Lucila y Gonzalez
COORDINADOR(A) EA

Martha Gutierrez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: funfic
NIT: 901581112-3 NÚMERO DE CONTRATO: 7066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño
Nombre Agente Educativo (a): Damaris Jurado
Código CUENTAME UDS: 52685001356S8
Dirección UDS: V. Pueblo viejo

Centro Zonal: Pasto 7 Municipio: San Bernardo Hoja ___ de ___
CC: 43832592
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis cachorritos
Teléfono UDS: 31170136 8

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1086551659	luisa	Julieta	coronel	ortega	2	0		A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
02	RC	1086551516	Renata	Isabella	urbano	Lasso	4	1		A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
03	RC	1086551521	Edward	Matías	Toro	Delgado	4			A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
04	RC	1086551578	Deibyn	Adrian	fernandez	Ibarra	3	1		A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
05	RC	1086551438	cindy	fernanda	Bastidas	Bolaños	5			A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
06	RC	1086551651	luis	Emmanuel	castillo	ortega	1	22		A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
07	RC	1086551634	Arianna	Jaretssi	Rodriguez	Delgado	2	2		A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
08	RC	1086551526	Yoselin	Michel	Viveros	Delgado	4			A	A	A	·	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	A	·						16		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	128		

8

COORDINADOR(A) EA

Damaris Jurado
RESPONSABLE DE GRUPO

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: Fun Fic
NIT: 907581727-3 NUMERO DE CONTRATO: 7066
MES: noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H - C - B -

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto - 7 Municipio: san bernardo Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): esperanza lopez CC: 59 588774
Código CUENTAME UDS: 524 800070357 0 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Angelitos
Dirección UDS: vereda la florida Teléfono UDS: 314 7764272

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 L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	TOTAL ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
01	RC	1085557448	renata	Antonela	Muñoz	ordoñez	5	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
02	RC	1086557520	Lian	Mauricio	Muñoz	Delgado	4			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
03	RC	1086557543	valeri	Alegandra	Genoy	urbano	3	6		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
04	RC	1084337470	Nicol	Dayana	obando	Gomez	3	5		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
05	RC	1086557637	Geronimo	Gael	ordoñez	Argoti	2	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
06	RC	1086557488	THiago	Andres	Garcia	Muñoz	4	5		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
07	RC	1086557666	eilen	celeste	ortiz	ortega	1	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL: 112

7

Luda G. Gonzalez — COORDINADOR(A) EA

esperanza lopez — RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/09/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO _____ FUNFC
NIT: _____ 9015811213 NÚMERO DE CONTRATO 1056
MES: _____ NOVIEMBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ LOS COLIBRIS

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ NARIÑO Centro Zonal _____ PASTO 1 Municipio: ___ SAN BERB¿NARDO
Nombre Agente Educativo JURI CASTILLO CC _____ # 1086548179
Código CUENTAME UDS: 526850O110556 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____ LOS COLIBRIS.
Dirección UDS: _____ VD SAN ANTONIO BAJO Teléfono UDS: _____ 316396CO4O

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES				
01	RC	1089079013	YOSTIN	ANDRES	GAVIRIA	NOGUERA	3.	4.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
02	RC	1086551463	LAURA	MARTINA	GOMEZ	GOMEZ	4	6.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
03	RC	1086551631	CRISTOFER	MATEO	DELGADO	ZAMBRANO	2.	1.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
04	RC	1089079016	YEILI	NATHALIA	BURGOS	RIVERA	3.	4.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
05	RC	1086551639	EMELY	JULIETHA	GAVIRIA	REYES	1.	12.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
06	RC	1081596389	HEILYN	ARIDNA	RIVERA	GUTIERREZ	3.	4.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
07	RC	1086551537	XIOMARA	GUISELL	GAVIRIA	URBANO	3.	6.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
08	RC	1081596262	ZOE	ISABELLA	ORDOÑEZ	ALVEAR	4.	8.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
09	RC	1086551605	ESTEBAN	ALEJANRO	GAVIRIA	URBANO	2.	5.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
10	RC	1081596275	YANIER	ALEXISI	MONTERO	OJEDA	3.	12.	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							16	
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
																													TOTAL			

Verificación en Calibrum

10

Luis M Figueroa
COORDINADOR(A) EA

Juri castillo
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

FZ7.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNFIC
NIT: 901581121-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Los Laurelitos

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño
Nombre Agente Educativo (a): Aura Elisa Cusi
Código CUENTAME UDS: 5261200052848
Dirección UDS: Peñas Blancas

Centro Zonal: Pasto 1 Municipio: San Bernardo
CC: 59589024
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los laurelitos
Teléfono UDS: 3159678421

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V			
01	RC	1088977423	Janny	Liseth	Guerrero	Delgado	4	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						16		
02	RC	1030003845	Juan	Manuel	Cusi	Cusi	3	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						16		
03	RC	1086551584	Juan	Estevan	Alvear	Cusi	3			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						16		
04	RC	1233929915	Emily	Isabella	Ibarra	Bolaños	2	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						16		
05	RC	1088977709	Karla	Antonella	Cusi	Ibarra	1	11		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						16		
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 80

Verificación DD Cobertura	
	5
	0
	5

COORDINADOR(A) EA

Aura Elisa Cusi
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNTIC
NIT: 901581121-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: pasto 1 Municipio: San Bernardo Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Gloria Lucia Muñoz CC 59.589.086
Código CUENTAME UDS: 526850010623 8 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Sonrisas del mañana
Dirección UDS: la vega Teléfono UDS: 3117340621

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1086551447	liam	Nicolas	ortega	Torres	5	1	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
02	R.C	1086551467	Thomas	Gabriel	pasaje	moreno	4	8	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
03	R.C	1086551491	Valery	Alexandra	Muñoz	Bolaños	4	5	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
04	R.C	1086551497	paula	Isabella	muñoz	Rosero	4	4	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
05	R.C	1086551501	Karen	sofia	Toro	Bolaños	4	3	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
06	R.C	1087028352	Danna		Delgado	Gomez	4	2	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
07	R.C	1086551518	Emilith	salome	Toro	Toro	4	1	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
08	R.C	1086551653	Emiliano		castillo	martinez	1	10	AAA	AAAAA	AAAA	AAAA		16	
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
													TOTAL	128	

8

[firma] COORDINADOR(A)

Gloria Lucia Muñoz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	22/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Público

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNFIC.
NIT: 901581121-3 NUMERO DE CONTRATO: 1066
UDS: Nariño AÑO: 25
MODALIDAD DE ATENCION: HCB Comunitario
SERVICIO DE ATENCION: HCB Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto uno Municipio: San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a): Nelly Ledezma CC: 27282046
Código CUENTAME UDS: 5268500106239 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Cariñositos
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3122959633

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	1085350608	Adhara	Victoria	Rivas	Alvear	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
02	RC	1086551621	Yharem	Julieta	Delgado	Tulcán	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
03	RC	1086551507	Eruí	Josue	Gutierrez	Toro	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
04	RC	1086551490	Julieta		Chaves	Cortés	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
05	RC	1081596244	Emanuel	Andres	Urbano	Benavides	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
06	RC	1179963980	Samara	Sofia	Delgado	Rivas	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
07	RC	1081596215	Iam	Dario	Jimenez	Portilla	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
08	RC	1086551455	Jhefferson	Estiven	Jimenez	Ordoñez	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
09	RC	1086551457	Laura	Isabella	Córdoba	Argote	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
10	RC	1086551643	Matias	Emanuel	Ordoñez	Gomez	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
11	RC	1086551671	Victoria	Andrea	Benavides	Trejos	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
12	RC	1233195522	Ezequiel		Narvaez	Montenegro	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A	76	
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 912

Verificación de Cobertura

12

FIRMA(N)EA

Nelly Amparo Ledezma
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de Imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FONFIC
NIT: 90158112-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto uno Municipio: San Bernardo Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Lope Lasso CC 59588810
Código CUENTAME UDS: 526850018S701 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Cachetoncitos
Dirección UDS: Santo Cruz. Teléfono UDS: 3128492729

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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	R.	1086551594	Dammian	Geronimo	Beltron	gaviria	3			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
02	R.C	1086551575	Haland	Samuel	Martinis	ortega	3	1		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
03	RC	1086551567	Joel	Adrian	Lasso	Escobal	3	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
04	RC	1086551563	Harold	Emmanuel	Noguera	Gutierro	3	3		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
05	RC	1233195384	Danna	Clarena	Martinis	Rivas	3	4		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
06	RC	1086551538	Karol	Isabela	Ramos	Rivera	3	8		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
07	RC	1086551512	camila	Viatoria	ordones	lutolcha	4	1		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
08	RC	1086551504	Juan	Jose	Rivas	Gómes	4	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
09	RC	1086551453	Jadexy	Zoe	Delgado	Gonzales	5			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
10	RC	1086551450	Juan	Sebastian	Alucor	Ibarra	5			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
11	RC	1088159486	Sergio	Alijandro	ortega	ortega	5			A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	176	

77

Lida M. Hozulz
COORDINADOR(A) EA

Maria Lope Lasso.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FZ7.MT1.PP	8/23/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO
NIT
MES Noviembre — NUMERO DE CONTRATO 1066 — AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN madre comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional Nariño — Centro Zonal Pasto — Municipio San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a) yolanda Gonzales — CC 59589507
Código CUENTAME UDS 524800035071 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los Pitufos
Dirección UDS Pindal Alto — Teléfono UDS 3156887863
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL ASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES							
01	RC	1086551482	Asly	Samara	Ordoñez	Carlosama	4	8	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
02	RC	1086551547	Eyanci	Isabela	Gonzales	Rivera	3	6	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
03	RC	1086551439	Erik	Daniel	Ordoñez	Caviria	5	1	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
04	RC	1086551486	Emily	Sofia	Ibarra	Ibarra	4	7	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
05	RC	1086551523	Alison	Paulina	Caviria	Ordoñez	4	0	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
06	RC	1086551528	Ian	Alejandro	Morales	Ordoñez	3	4	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
07	RC	1086551556	Gael	Emiliano	Castillo	Gonzales	3	4	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
08	RC	1086551628	Eilen	Sofia	Ordoñez	Casso	2	11	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
09	RC	1086551583	Deiner	Faviun	Ordoñez	Caviria	2	11	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
10	RC	1086551577	Bley	Junior	Caluache	Casso	3	1	A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		16	
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

TOTAL 160

	0
	10
	0

Luis y Yamila
COORDINADOR(A) EA

yolanda Gonzales
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	20/03/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNFIC
N.I.T.: 901581121-3 NUMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre. AÑO: 2025.
MODALIDAD DE ATENCION: Comunitario
SERVICIO DE ATENCION: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto 1 Municipio: San Bernardo.
Nombre Agente Educativo (a): Maria Irma Cerón CC: 59588699
Código CUENTAME UDS: 5200100053225 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Golondrinos.
Dirección UDS: Vereda Junin Teléfono UDS: 3174499046

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	R.C	1086551596	Keidy	Ahinara	Toro	Maigual.	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
02	R.C	1081068122	Erick	Dayan	Morales	Ortiz	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
03	R.C	1086551559	Evelin	Tatiana	Ceron	Castillo	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
04	R.C	1086551492	Jose	Emmanuel	Urbano	Toro	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
05	R.C	1086551430	Marlon	Sebastian	Gaviria	Castillo	5	4	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
06	R.C	1059251156	Samuel	David	Chamizo	Garcia.	5		A A A A A A A A A A A A A A A	16	
07	R.C	1086551456	Lhiam	Matias	Jurado	Diaz.	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
08	R.C	1086551519	Shanit	Samantha	Portilla	Solarte	4		A A A A A A A A A A A A A A A	16	
09	R.C	1086551459	Lian	Jose	Carlosama	Urbano	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A	16	
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTALES 144

Verificación Documentos

9.

COORDINADOR(A) EA

Maria Irma Cerón
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	23/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNFIC
NIT: 901581121-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto 1 Municipio: San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a): Maryeli Toro Ceron CC: 1086548747
Código CUENTAME UDS: 526850010623O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pyaritos
Dirección UDS: Vereda Junin Teléfono UDS: 3134499046

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																													
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
									LUNES	MARTES	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	1081596402	Alisson	Naomi	Toro	Cabrera.	2	7	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
02	R.C	1061834998	Angel	David	Sandoval	Ortega.	2	1	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
03	R.C	1086551522	Jhoseth	Nicolas	Alvear	Pasaje	3	11	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
04	R.C	1084194382	Victoria	Alejandra	Chacuo	Velasquez	4	1	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
05	R.C	1086551489	Lauro Colin	Yeliana	Pardo	Gaviria.	4	5	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
06	R.C	1083814943	Lisbeth	Ariana	Gaviria	Gomez	4	5	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
07	R.C	1086551440	Brittany	Camila	Cardenas	Santacruz	5	3	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
08	R.C	1083814909	Ian	Emmanuel	Jurado	Alvear	5	4	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
09	R.C	1086551470	Jose	Daniel	Ambito	Carlosama	4	8	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						16	
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																		TOTAL	144	

Verificación Documental: 9

COORDINADOR(A) EA

Maryeli Toro Ceron
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 1066
MES: Noviembre AÑO: _____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hogar Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño
Nombre Agente Educativo (a): Leidy Beltran
Código CUENTAME UDS: 5248000103365
Dirección UDS: 01 Pandal Bajo

Centro Zonal: Pasto 1 Municipio: San Bernardo
CC: 1004564176
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Inquietos
Teléfono UDS: 3144591615
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MES ACTUAL	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	1081596234	Lisbet	Valentina	Tajumbina	Tajumbina	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
02	RC	1086551633	Valery	Guadalupe	Velandia	Gomez	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
03	RC	1086551622	Thiago	Dael	Ordoñez	Chaves	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
04	RC	1086551441	Madeleyne	Samara	Gomez	Bravo	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
05	RC	1086551553	Rafael	Matias	Delgado	Ordoñez	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
06	RC	1086551531	Aylen	Natalia	Ceron	Moreno	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
07	RC	1086551524	Juan	Jose	Delgado	Delgado	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
08	RC	1084553736	Jan	Samuel	Rivera	Lasso	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	76	
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	728	

Verificación De Cobertura: 8

Coordinador(a) EA

Leidy Johanna Beltran
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
PROVOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.VT1.PP | Versión 1 | 28/08/2025 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNFEC
Nº 901581121-3 NUMERO DE CONTRATO 7068
MES Noviembre AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN HOGARES COMUNITARIOS

IDENTIFICACIÓN
Regional: Norte de Santander Centro Zonal: Pamplona Municipio: San José de Cúcuta
Nombre Agente Educativo (a): Jessica Andrea Bolaños CC 1084534206
Código CUENTAME UDS: 5260300 110334 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caritas Felices
Dirección UDS: Vía los Alpes Teléfono UDS: 3178194217

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	RC	1081596145	MAHIA	CELESTE	LUNA	MORALES	5	5
02	RC	1041354451	ALANNA	SOFIA	ZAMBRANO	LUGO	4	6
03	RC	1086551493	LAURA	CRISTINA	MOLINA	URBANO	4	4
04	RC	1086551514	SAMUEL	ALEJANDRO	DELGADO	CASTILLO	4	2
05	RC	1086551529	THIAGO	EMANUEL	CASTILLO	MOLINA	3	10
06	RC	1086551543	ALHAN	FERNARDO	PANTOJA	CASTILLO	3	6
07	RC	1086551560	EMELY	ANTONELLA	GOMEZ	ALVEAR	3	4
08	RC	1086551599	MARIANGEL		BUESAQUILLO	CHAVEZ	2	10
09	RC	1086551607	YERICK	ZAID	RIVERA	ARCOS	2	8
10	RC	1086551630	ALISS	XIOMARA	RIVERA	CASTILLO	2	3
11	RC	1067537696	ARLETH	CELESTE	ROSAS	CUCHILLO	2	0
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	A	A	A			A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
02	A	A	A			A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
03	A	A	A			A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
04	A	A	A			A	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
05	A	A	A			A	A	A	A	A	i	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
06	A	A	A			A	A	A	A	A	V	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
07	A	A	A			A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	A	A	A							16		
08	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
09	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
10	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
11	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							16		
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

TOTAL 176

TOTAL USUARIOS/AS MATRICULADOS/AS EN EL MES
TOTAL USUARIOS/AS ACTIVOS/AS EN EL MES: 77
TOTAL USUARIOS/AS RETIRADOS/AS EN EL MES

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Jessica Andrea Bolaños
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente?

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.VT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FinTic
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 7066
MES: Noviembre AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCION: Centauro
SERVICIO DE ATENCION: H-C B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Nariño Centro Zonal: Pasto Municipio: San Bernardo
Nombre Agente Educativo (a): Isaura Diaz CC: 27103202
Codigo CUENTAME UDS: 520010005286b Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Indo Hogar
Dirección UDS: Vereda Alpes Teléfono UDS: 3170194217

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA (LUN MAR MIE JUE VIE SAB)	SEGUNDA (LUN MAR MIE JUE VIE SAB)	TERCERA (LUN MAR MIE JUE VIE SAB)	CUARTA (LUN MAR MIE JUE VIE SAB)	QUINTA (LUN MAR MIE JUE VIE SAB)	TOTAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1086551452	JHON	ALEXANDER	RIVERA	GOMEZ	5	0	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
02	RC	1086551477	YENER	ELIAN	ORTEGA	OBANDO	4	7	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
03	RC	1089489338	DIANA	ANTONELA	DIAZ	ORDOÑEZ	4	4	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
04	RC	1086551509	VICTORIA		MOLINA	MUÑOZ	4	2	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
05	RC	1086551513	HUGO	MATIAS	DELGADO	CASTILLO	4	2	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
06	RC	1086551544	ISAAC	ANDRES	VILLOTA	LASSO	3	6	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
07	RC	1086551592	MARIANA	LUCIA	MORENO	ARMERO	2	11	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
08	RC	1019165180	THIAGO	ALEJANDRO	SANCHEZ	GUANIPA	2	9	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
09	RC	1085350324	ALISON	SOFIA	CHAVES	GUERRA	2	8	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
10	RC	1035988842	ANA	SOFIA	CORONEL	GOMEZ	2	8	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
11	RC	1086551627	ANYELI	ROSE	GUTIERREZ	BUCHELI	2	5	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
12	RC	1088977681	YAREY	JARED	RIVERA	GUERRERO	2	3	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
13	RC	1086551664	MATTHEW	ALEJANDRO	CASTILLO	CASTILLO	1	7	A A A	A A A A A	A A A A	A A A A		16		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20															TOTAL	208

VALIDACIÓN DE PAGO	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	73
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Lina M Agudelo
COORDINADOR(A) EA

Isaura Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO