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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario de Bajoso
NIT: 8150009778 NÚMERO DE CONTRATO: 2801612024
MES: 07 AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL0

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): ANA MARIA JORIS SINISTERRA CC: 1111803176
Código CUENTAME UDS: 7810000122661 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenci: LA BUENA FE
Dirección UDS: BARRIO JORGE ELECER GAITAN Teléfono UDS: 3137261028

Hoja ___ de ___

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		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	RC	1086058887	CARLOS	MANUEL	SALAS	SINISTERRA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	T	D	18	
02	RC	1111928830	CHISTYAN	DANIEL	BRAYAN	BRAVO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	R	A	18	
03	RC	1113374106	DANIA	NAHIARA	MORENO	JORIS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A	18	
04	RC	1115467376	EMMANUEL		DELGADO	GARCES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	B	A	18	
05	RC	1115467668	ALLAN	YESID	CACIEDO	SOLIS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A	18	
06	RC	1115468023	GLORIA	ISAMAR	CUERO	QUIÑONES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A	18	
07	RC	1117361073	ANA	VALENTINA	MONTENEGRO	CASTAÑO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A	18	
08	RC	1126144775	KENNER	ANDRES	DURAN	QUIÑONES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A	18	
09	RC	1144006523	EDER	DANIEL	RENTERIA	GONZALEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	e	A	18	
10	RC	1150890537	LEYNER	DAVID	MURILLO	SALAZAR			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A	18	
11	RC	1150950505	JEICOB	DAVID	MURILLO	SOLIS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A	18	
12	RC	1235148274	SHAIRA	MICHEL	RODALLEGA	PANAMEÑO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	18	
13	RC	1235147181	ANDRES	FELIPE	GOMEZ	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	18	
																															TOTAL		

Verificación De Cobert

Ana María Joris Sinisterra
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

F6.310.12.PP	25/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 7601612224

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: H.C.B.F

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 am 4 pm

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Ana Jenay Riaños CC: 1.111773461

Código CUENTAME UDS: 76109711224 7 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mickey Mouse

Dirección UDS: Nuevo Horizonte Teléfono UDS: 3104637669

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	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	1235146459	Elian	Raul	Cortes	Riaños	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18		
02	RC	1235146980	Kilian	Mauricio	Zuñiga	Bellaisa	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	A		18		
03	RC	1235146081	Derlin	Maria	Mosquera	Velez	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	9	A		18		
04	RC	1235146613	Yosuar	Estiven	Cortes	Riaños	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A		18		
05	RC	1235145796	Derek	Yasier	Angulo	Bellaisa	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	C	A		18		
06	RC	1113379300	Mateo	Alberto	Angulo	Angulo	4	10		A	A	A	A	A	A	I	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
07	RC	1196716990	Tiani	Salome	Neira	Caicedo	2	11		A	A	A	A	A	A	I	A	A						A	A	A	A	A			C	I		18		
08	RC	1118313633	Jhoiner	Samir	Balanta	Hinestroza	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	A		18		
09	RC	1300007878	Ayda	Maria	Ramos	Torres	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A		18		
10	RC	1235147377	Jackson	Ali	Mosquera	Velez	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A		18		
11																																				
12																																				
13																																				

Verificado en Línea de Gobierno

10

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Ana Jenay Riaños Bellaisa
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento será considerada 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	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: 7 AÑO: 25

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buga Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): Aliz Lucero CC 29227757

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caritas Felices

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3174684363

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1115465807	Tiago		Vivelos	Mondragon	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02		1154674165	Luisa	Samary	Caicedo	Vente	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03		1151974590	Luis	Santiago	Valencia	Berteria	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04		1154659815	Ellyn	Ariadna	caicedo	Vente	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
05		1196716154	Kelvin	Damian	Perlaza	Solis	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
06		1232824573	Jeremy	Jair	Riascos	Riascos	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07		1115467886	Eylan	Dahel	Cianca	Garces	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08		1113574764	Emma	Loanny	Valencia	cachimbo	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09		1191243749	Diana	Marcela	Mina	Mondragon	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
10		1113376813	Ailyng	Sofia	Cortes	Cuero	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
11		1154661515	Steban	David	Balanta	Sanchez	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
12		1144001854	Anthony	Sair	Angulo	Medina	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A			
13																																	
																													TOTAL				

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Aliz Lucero
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 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO:

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCION:

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: Centro Zonal Municipio:

Nombre Agenta Educativo (a): cc 66939122

Código CUENTAME UDS: 7610900119153 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: pitufos

Dirección UDS: Telefono UDS:

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										ASISTENCIA		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	RC	1235144 7206	Maria	Jose	Angulo	Castillon	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	T	A		18		
02	RC	1109257 6825	Gian	Carlos	Valenzuela	Vente	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	R	A		18		
03	RC	1235144 6031	Juan	Pablo	Grueso	Potes	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
04	RC	1150975 5137	Kristen	Mariana	Valencia	Caicedo	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	B	A		18		
05	RC	1235144 7471	Yerit	Sadiel	Valencia	Herrera	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
06	RC	1150975 4975	Zoe	Athara	Popayan	Ortiz	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	C	A		18		
07	RC	1150979 5029	Lia	Charlott	Riascos	Cupia	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A		18		
08	RC	1191227 4427	Brayyoniw	Luciana	Hurtado	Enriquez	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18		
09	RC	1150975 6225	Jose	Luis	Hurtado	Hurtado	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	E	A		18		
10	RC	1107544 2474	Eilenn	Sireh	Moreno	Zamora	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	d	A		18		
11																																					
12																																					
13																																					

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Betty Angulo Mina
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento la 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 Versión 5 Clasificación de la Información: Pública	29/06/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: 8350009787 NÚMERO DE CONTRATO: 7601612024

MES: Julio AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario

SERVICIO DE ATENCIÓN: H C B

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Marie Zamora CC 66942431

Código CUENTAME UDS: 7610911112327 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Despertar

Dirección UDS: Kra 66A C117 M2 14-32 Casa 41 Piso 1 Teléfono UDS: 320 6603648

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1117706561	Nooht	Patterson	Arias	Cabeza	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	T	A		18		
02	RC	1113376176	Livis	Danay	Cuero	Solas	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	R	A		18		
03	RC	1125234061	Joswa		Orobio	Garcia	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
04	RC	1150954110	Keisy	Yasira	Perlaza	Arboleda	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	B	A		18		
05	RC	1150934178	Liam	Samuel	Cuero	Estupiñan	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
06	RC	1150936110	Kilian	José	Grueso	Sinisterra	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A		18		
07	RC	1150936524	Luis	Angel	Rodriguez	Gonzalez	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A		18		
08	RC	1196716344	Aiden		Salas	Renteria	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18		
09	RC	1196716415	Mairi	Nijan	Gamboa	Renteria	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	E	A		18		
10	RC	1235146139	Blanca	Kosem	Vivenos	Mondragon	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	D	A		18		
11	RC	1113076419	JEREMY	JOSUE	DIAZ	RODRIGUEZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	!	A		B		
12	RC	1151974973	Kaylin	Paola	Cumplumi	Plaza				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		B		
13	RC	1235147233	Laura	marcela	ADVincula	Vivenos				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		13		
																																	TOTAL			

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

Wilber Valencia C
COORDINADOR(A) EA

Marie Derlis Zamora Valencia
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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO: _____

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal _____ Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): Zarcuda R CC: 31.373.755

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Conejito negro

Dirección UDS: Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.150.955 046	Jahseh	Dwayne	Renteria	Iwami	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	R	A	A	A	A			
02	RC	1.115.467 973	Jacob	Martin	Renteria	Iwami	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	F	A	A	A	A			
03	RC	1.111.928 444	Iker	Yamal	Valencia	Montaño	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A	A	A			
04	RC	1.030.342 224	Ackell	Gabriel	Duarte	Cruterron	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	C	A	A	A	A			
05	RC	1.191.228 463	Hanni	Tatiana	Cortes	Hurtado	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A	A	A			
06	RC	1191.228 64	Hallie	Fabiana	Cortes	Hurtado	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	O	A	A	A	A			
07	RC	1.150.955 096	Yarlen	Yireth	Coyote	Cortes	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	P	A	A	A	A			
08	RC	1.111928 444	eliéyker	naltum	Romero	Duarte	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	S	A	A	A	A			
09	RC	1.196.216 038	Angel	Mathias	Zapata	Suarez	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A	A	A			
10	RC	1053817 278	Jelsy	20 €	castillo	Renteria				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	R	A	A	A	A			
11	RC	1111926 526	Kalett		Renteria	salas				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	D	A	A	A	A			
12																																			
13																																			
																																	TOTAL		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Zarcuda R.
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

FEJM012.FP | Versión 8 | 29/05/2018 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
NIT: NÚMERO DE CONTRATO:
MES: julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle | Centro Zonal:
Nombre Agente Educativo (a): Yesenia Mina CC: 1111743580
Código CUENTAME UDS: 76109111247
Dirección UDS: TRV 47-13-10 La cima
Municipio: Buenaventura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las Tortugitas
Teléfono UDS: 3235068266
Hoja ___ de ___

	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL NIÑO/A / NIÑERA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL NIÑO/A / NIÑERA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (1 2 3 4 5)	SEGUNDA (6 7 8 9 10)	TERCERA (11 12 13 14 15)	CUARTA (16 17 18 19 20)	QUINTA (21 22 23 24 25)	TOTAL ASISTENCIA
1	RC	1150956931	Johan	David	Gamboa	Valencia	2	5	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
2	RC	1235146283	Luz	Keisy	espina	Valencia	3	2	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
3	RC	1154652618	Nyan	Sinai	Angosa	Salazar	5	2	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
4	RC	1063530665	Anny	Ariana	Quiros	Chaque	3	5	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
5	RC	1111924885	Britany	Gissel	Renteria	Renteria	4	11	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
6	RC	1235195416	Ithaley	Yannick	Valencia	Guacarao	4	2	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
7	RC	1111926385	Genesis	Jiseth	Victoria	Renteria	3	11	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
8	RC	1111924865	Thamara		Loiza	Londoño	2	4	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
9	RC	1235146941	KeyLys		Valencia	Chocho	2	4	A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
10	RC	1111927002	Kensy	Adalberto	Pertuga	Pizarro			A A A A	A A A A A		A A A A	A A A A	18
11														
12														
13														

TOTAL

Verificación De Cobertura: [illegible]

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) LA

Yesenia Mina Mosquera
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	F6.MO12.PP	29/05/2018
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :
NIT: 835000928-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601612024
MES: Julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: De 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Yanisa Jaramillo CC. 1111753291
Código CUENTAME UDS: 7610911129O6 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeños Traviesos
Dirección UDS: Cr55 D989 URB San Buenaventura Teléfono UDS: 3234989778

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTE	MIÉRCO	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIÉRCO	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIÉRCO	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIÉRCO	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIÉRCO	JUEVE	VIERNE			
01	RC	1113374971	Shaira	Yajanny	Salas	Cabezas	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
02	RC	1150957[illegible]983	Sebastian		Castañeda	Guerrero	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
03	RC	1110306671	Sharon	Stacy	Espinosa	Riascos	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
04	RC	1111920730	Keilor	Eduardo	Rodriguez	Valencia	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
05	RC	1111928402	Brayan	Stiven	Valencia		4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
06	RC	1111929649	Zeidy	Lohany	Caicedo	Caicedo	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
07	RC	1150954659	Brian	David	Tenorio	Qamboa	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
08	RC	1115467729	Iker	Duvan	Perea	Rentería	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
09	RC	1111927726	María	Fernanda	Rentería	Espinosa	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
10	RC	1111928406	María	Elvira	Valencia		4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
11	RC	1113374974	Wincy	Yireth	Cuero	Moreno	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
12	RC	1111928403	Jeiron	Naomi	Valencia		2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
13	RC	1111925514	Liam	Joel	Rodriguez	Garces	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18		
																																	TOTAL		

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Yanisa Jaf.
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	FR.MO12.PP	29/06/2018
		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: + CBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8-A pm.

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buga Municipio: Bga

Nombre Agente Educativ YANET VARGAS SINISTERRA CC_ 6,7E+07

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI REBAÑO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1066847608	MELET	NAHOMI	VANIN	GARCIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1065848954	LEO		VANIN	GARCIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		1109570680	SAMUEL	ELIAS	REYES	RUIZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1109570781	GEREMY		MARMOLEJO	PEREA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1109570762	GERONIMO		MARMOLEJOS	PEREA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		1115485758	BRIAM	GAEL	CELORIO	MOSQUERA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07		1115467169	EDWARD	JESUS	RIASCOS	RIOS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08		1115467548	KIARA	ISABELLA	ARRIETA	CANDELO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09		1150954744	SERGIO	DAVID	ESCALONA	SEGURA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10		1232818049	DANNA	ISABELLA	GARCES	HURTADO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11		7A28048FSAAF4946906	KERRY	YASL	TORRES	RIASCOS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
12																																	
13																																	
																														TOTAL			

Verificacion De Cobertura

Wilber Valencia C
COORDINADOR(A) EA

Yanet Vargas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5

29/05/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

Entidad Administradora del Servicio:

MES: Julio — MODALIDAD DE CONTRATO:

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Nombre Agente Educativo (a): Ximena Viveros — Correo Email: — CC: 29227665

Código CUENTAME UDS: 7610911112343

Dirección UDS:

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Jardín

Municipio: Bitora — Hoja __ de __

Teléfono UDS: 3105245447

INFORMACIÓN DEL USUARIO/A/USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/A/USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO/A/USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/A/USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO/A/USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA SEMANA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA SEMANA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA SEMANA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA SEMANA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA SEMANA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115465958	Maritan	Damaris	Prado	Riascos	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	P	A		18	
02	RC	1150955356	Jana	Milena	Castaneda	Caicedo	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	P	A		18	
03	RC	1115466908	Liz	Andrea	Glorio		3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	P	A		18	
04	RC	1111927967	Eiten	Jazid	Paz	Diaz	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	I	A		19	
05	RC	1115572858	Gitan	Cacli	Herrera	Caicedo	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	I	A		19	
06	RC	1150954543	Melany	Valeria	Valencia	Valverde	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	
07	RC	1196716362	Kaitor	Gael	Vergara	Viveros	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	
08	RC	1059992176	Ivan	Mauricio	Estoba	Uzuriaga	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	N	A		18	
09	RC	1111926478	Angelo	Zamir	Solis	Cangá	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	C	A		18	
10	RC	1113335735	Ethan	Stiven	Torres	Arroyo	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	C	A		18	
11	RC	1113335975	Dereck	Yosuet	Lopez	Cordoba	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	
12	RC	1113376019	Jhan	Edward	Lopez	Cordoba	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	C	A		18	
13	RC	1115466980	Richard	Gael	Viveros	Riascos	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	C	A		18	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

Verificación De La Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	13

TOTAL

Wilber Valencia C.
COORDINADOR/A EA

Ximena Viveros
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

F8.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Sandra Paola S. CC 1192915342

Código CUENTAME UDS: 76109111225 4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: la abeja maya

Dirección UDS: CR 101 M15 ustahermosa Teléfono UDS: 3182233125

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	1235146758	Seiden	Damier	Muñoz	Cuero	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	T	A		18		
02	RC	1235746880	Joseph	David	Bellaisac	Rodriguez	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	R	A		18		
03	RC	1235146860		Doldan	Chocho	Negria	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
04	RC	1235145943	Aizel	Emmanuel	Aduncola	Riascos	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	B	A		18		
05	RC	1235145786	Cristian	Jair	Mina	Siniestera	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
06	RC	1111927348	Sara	Liseth	Riascos	Rivas.	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A		18		
07	RC	1235145091	Luz	Genith	Riascos	Rivas.	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A		18		
08	RC	1235145562	Maikel	Alexander	Monsilla	Gutierrez	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18		
09	RC	1235146521	Addison	Jailany	Rosero	Mosquera	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	E	A		18		
10	RC	1235146677	thiago		Rodriguez	Angulo	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	D	A		18		
11	RC	1142526659	Antonella		Marin	Burgos	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	S	A		18		
12	RC	1025570191	Enzo	Emmanuel	Vanegas	Rivas.	1	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	S	A		18		
13																																				

TOTAL

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Sandra Paola S. S.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS 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 FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FEJMO12.PP	29/06/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Público	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Bm Municipio: B/ma

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): RUBY TERESA PALMA RIASCOS CC 76467

Código CUENTAME UDS: 7,61091E+11 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CARRUSEL

Dirección UDS: Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
							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		1111927822	LUIS	MIGUEL	MARTINEZ	CAICEDO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
02		1113375773	LUZ	ALANA	TORRES	MOSQUERA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
03		1115486997	MARLEN	PATRICIA	CAICEDO	RENTERIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
04		1115465331	NIL	EMERSON	COSSIO	CHALA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
05		1115486474	LIAM	SANTIAGO	CAICEDO	MINA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
06		1115466787	YAFER	YAEL	ESPINOSA	BRAVO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
07		1150956024	JOHANN	JAIR	GRUESO	MORENO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
08		1150956116	DEREK	MIGUEL	MORENO	RENTERIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
09		1235143443	YENCI	MARIA	ANGULO	RENTERIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
10		78A0908E59C94EF59A	ALEXA	ELIA CATALINA	ANGULO	GODOY				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
11		95E0C365327C48F6B1	AILISH	ARANTXA	OCORO	NUÑEZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			17		
12																																			17		
13																																					
																																		TOTAL			

Verificación De Cobertura

17

Wilber Valencia Corrales
COORDINADOR(A) EA

Ruby Teresa
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 6	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____

MES: _____ AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Juco

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8a 4 pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal B/ma Municipio: B/ma

Nombre Agente Educativ OMAIRA DIAZ MINA CC_ 6,7E+07

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PIOLIN

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1111929789	BREICY	DARIAN	MINA	SANCHEZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1113374189	JHOSTIN	JOSUEL	ESPINOSA	DIAZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		1115466526	JACOB	MARTIN	RENTERIA	LUCUMI				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1144000114	LUIS	YAEL	QUINTERO	ALOMIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1150955115	KIARA	SUAN	CUERO	SALAS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		1150955315	VICTOR	JHOEL	GARCES	VALENCIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07		1150956102	SCARLET		BERNAZA	SALAS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08		1235145154	JOSE	MANUEL	CORDOBA	ALOMIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09		1235146536	ANDI	FERNANDO	VICTORIA	VALDERRAMA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
																														TOTAL				

Verificacion De Cobertura

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Omaira D
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	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: 835000976-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601612024

MES: Julio AÑO: 25

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria

SERVICIO DE ATENCIÓN: De 8:00 a 4:00 p.m

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal Bltura Municipio: Bltura

Nombre Agente Educativo (a): Noralba Pana CC 66939016

Código CUENTAME UDS: 761091112333 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Cariñositos

Dirección UDS: Cr-77 calle 1ra Nuevo Horizonte Teléfono UDS: 3147990270

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL ASISTENCIAS MENSUAL	TOTAL INASISTENCIAS 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	1235145969	Tailin	Samai	Mosquera	Martinez	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
02	RC	1150954211	Sharon	Stephanie	Montaño	Sinisterra	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
03	RC	1150953967	Maria	Isabella	Barco	Caicedo	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
04	RC	1235146986	Erik	Yoel	Yepes	Gonzalez	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
05	RC	1113375029	Karol	Michell	Valencia	Solis	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
06	RC	1150955101	Ioanna		Cardona	Lopez	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
07	RC	1150954477	Amy	Adela	Córdoba	Valencia	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
08	RC	1235144253	Maria	Salome	Riascos	Sinisterra	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
09	RC	1150955700	Enyell	Nahiara	Zuñiga	Mosquera	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
10	RC	1111925612	Mateo		Martinez	Monsalve	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
11	RC	1235146731	Lowen	Gustavo	Viveros	Iturry	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
12	RC	1235147041	Katherin	Adhara	Sinisterra	Bonilla	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		17		
13																																				

TOTAL

TOTAL NIÑOS, NIÑAS Y MADRES GESTANTES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS Y MADRES GESTANTES ASISTENTES	12
TOTAL NIÑOS, NIÑAS Y MADRES GESTANTES ASISTENTES	

Verificación de Cobertura

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Noralba Panameño Angulo
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	FB.MO12.PP Versión 5 Clasificación de la Información: Pública	29/05/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Cons.C.R. Raposo
NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: _____
MES: Julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Nini J. Valencia CC: 29 229 579
Código CUENTAME UDS: 76109112903 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Jorpiales
Dirección UDS: Cra 59 # 11-28 6 de Enero Teléfono UDS: 3155365552

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1150955485	Angel	Mauricio	Yesquen	Solis	3	11		A	A	A	A	A	A		A	A								A	A	A	A	A				
02	RC	1150955770	Jade	Helieth	Cuero	Valencia	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
03	RC	1150956267	Maria	Jose	Riascos	Valencia	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
04	RC	1150955230	Yari	Rubiela	Vivas	Sandoval	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
05	RC	1150954125	Jhonan	Stalin	Orobio	Valencia	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
06	RC	1235144540	Evony	Nicolle	padilla	Garcia	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
07	RC	1195D951606	Jhon	Elder	Albornoz	Torres	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
08	RC	1119925774	Angel	Stiven	Campo	Amú	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
09	RC	1119922185	Carla	Gisel	Ruiz	Gonzalez	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
10	RC	1119925213	Thiago		Bonilla	Caceres	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
11	RC	1234203830	Karin	Alaia	warioto	Bonilla	1	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A				
12																																	
13																																	
																														TOTAL			

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Nini Johana Valencia Congo.
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	FO.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Centro Zonal

Municipio: Palmira

Nombre Agente Educativo (a): Mariasobeida CC 35805398

Código CUENTAME UDS: 7601911112905

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Mariposa

Dirección UDS: Barrio 12 octubre

Teléfono UDS: 3146932179

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		123574536	Janiker		Genero	Mosquera	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1150944[illegible]	Madelen		Vargas	Lerma	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		123514520	Alison	Samanta	Mosquera	Valencia	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1150958[illegible]	Derek	Jessy	Cardenas	Lerma	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1150935[illegible]	Carlos		Gambod	Rentería	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		123514982	Droxle	Mael	Herrera	Cuero	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07		1[illegible]94[illegible]	Vic	Alexandra	Valencia	Castro	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08		1115462[illegible]	Jordan	DAVID	Palomino	Hinojosa	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09		1111928[illegible]	EMir		Rivas	Sevillano	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10		1111929[illegible]	Mirian	Liceth	Rivas	Sevillano	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11		1111928[illegible]	Thiago	Fernando	Rosero	Prieto	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
12																																	
13																																	
																															TOTAL		

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Mariasobeida Prieto
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	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: Hogar Comunitario Los Locos

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Cauca Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): CARMEN L CC 66'944 315

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Cisne

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3175458565

Hoja ___ de ___

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		5095561 3	KILIAN	DAVID	MURILLO	TORRE	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			
02		7777.92 6778	ZOE	NAHOMI	DIA	HURTADO	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A			
03		1046509 71	VIRA	CELESTE	ESTUPIÑA	GARCES	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A			
04		1154678993	VIRCAN	DAYANA	RENTERIA	BONILLA	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A			
05		1150945531 7	LIAN	GABRIEL	RENTERIA	RENTERIA	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A			
06		1206228 646	SARAY	MICHELL	OROZCO	CANTILLO	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura: [illegible]

10

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Mª del Carmen Londoño
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	FB.MO12.PP Versión 8	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ CONSEJO COMUNITARIO RIO P

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024

MES: Julio AÑO 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8 am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: _VALLE_____ Centro Zonal ____ BUENAVENTURA Municipio: _ BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): _ MARIA DELCY CHIRIPUA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención____ LOS TRAVIESOS

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: los pequeños traviesos

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOT MENS
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					ASISTENCIAS
			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	1111152022	Heida	Julieta	Chamarra	Membache				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
02	R.C	1007485930	Driana		Cabezon	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
03	R.C	1078694389	Yian	Deyvid	Garabato	Chamarra				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
04	R.C	1078694502	Gilder		Ismare	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
05	R.C	1078694501	Danna	Marbely	Chiripua	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
06	R.C	1111923906	Elisabeth		Ismare	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
07	R.C	1078693406	Kellen	Damar	Garabato	Chamarra				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
08	R.C	1078693471	Dioshinwansa		Chiripua	Chamapuro				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
09	R.C	1078694839	Jack		Garabato	Garcia				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
10	R.C	1149469206	Yossimar		Cabezon	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
11	R.C	1111938294	Alan	Walker	Garabato	Sarco				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
12	R.C	1085387273	Luisa	Fernanda	Chiripua	Chamapuro				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
13	R.C	1078694466	Yesneyli		Sarco	Chiripua				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
																															TOTAL	

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Maria delcy chiripua
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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	PS.MO12.PP Versión 5 Clasificación de la información: Pública	23/06/2016 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024

MES: _____ AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARY RIASCOS CAICEDO CC. 66942547

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad MI REBAÑO

Dirección UDS: CR 20 CH 2 Teléfono UDS: 3104122516

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
										SEMANAS																								
										PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																												
01	R.C	1066847600	Melet	Nahomy	Vanin	Garcia	4	10			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
02	R.C	1066818954	Leo		Vanin	Garcia	2	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
03	R.C	1111928579	Edward	Jesus	Riascos	Rios	3	1			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
04	R.C	1109570762	Geronimo		Marmolejo	Perea	4	7			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
05	R.C	1109570764	Geremy		Marmolejo	Perea	4	7			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
06	R.C	1115467598	Kiara	Isabella	Arrieta	Candelo	3	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
07	R.C	527544936	Kerry	Yael	Torres	Riascos	3	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
08	R.C	1109570680	Samuel	Elias	Reyes	Ruiz	4	7			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
09	R.C	1111926010	Heider	Fharid	Guerrero	Valencia	4	8			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
10	R.C	1150934744	Sergio	David	Escalona	Segura	4	8			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
11	R.C	1115467924	Elthan	Haziel	Hurtado	Guerrero	1	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
12	R.C	1111928545	Belkin	Adhara	Asprilla	Arboleda	2	6			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
13	R.C	1115465768	Briam	Gael	Celorio	Mosquera	4	6			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							
																																	TOTAL			

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Luz Mary Riascos
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 | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :
NIT 838000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF
SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Luz Marina M CC: 66.747.853
Código CUENTAME UDS: 76109111/3089 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Amiguitos
Dirección UDS: San Antonio 1 Teléfono UDS: 316 842 7208

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							TOTAL MENSUAL			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115.467131	Kidra	Nairoyy	Marquez	Segura	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	T	A		18		
02	RC	1118375057	Hilary	Michel	Montaño	Castro	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	R	A		18		
03	RC	1150.955453	Dara	Nellisse	Renteria	Riascos	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	B	A		18		
04	RC	1150.955577	Keiry	Shirley	Castro	Caicedo	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A		18		
05	RC	1154678770	Joisy	Alanna	Valencia	Gamboa	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A		18		
06	RC	1154671514	Jhon	Darrell	Marquez	Segura	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18		
07	RC	1111.924835	Einy	Sofia	Caicedo	Zuñiga	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	E	A		18		
08	RC	1114466.575	Eilyn	ZOE	Vente	Mina	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A		18		
09	RC	1225.145.309	Eleen	Alaaia	Riascos	Rodriguez	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	6	A		18		
10	RC	1150.956704	Kilian	Jose	Jimenez	Zuñiga	1	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	6	A		18		
11	RC	1225.144.927	Caldeya		Duque	Renteria	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	I	A		18		
12	RC	1078644.171	Eder	Brayan	Chavarama	Chiripua	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	C	A		18		
13																																				

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

Verificación de Cobertura	CANTIDAD DE NIÑOS, NIÑAS QUE ASISTIERON EN EL MES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS ASISTIERON	12
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS ASISTIERON	

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Luz Marina Mestizo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento, piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento no considera como 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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura Centro Zonal:

Nombre Agente Educativo (a): Luz Esther Garces CC: 29733193

Código CUENTAME UDS: 76169111284 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Alfonso lopez M Mi Ranchito

Dirección UDS: Cra-71 Calle 2 Teléfono UDS:

Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	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	1113375492	Andres.	Felipe	Molina	Estacio	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	T	A		18	
02	RC	1150954853	liam .	Santiago	Mosquera	Quiñonez	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	I	A		18	
03	RC	1115465489	Nayzao.	Ci	Cruz	Vasquez	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	g	A		18	
04	RC	1154653859	Kaylen.	Sahory	Molina	Barrero	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	ba	A		18	
05	RC	1106526196	Derek .		Alvarez	Moreno	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	J	A		18	
06	RC	1150955925	Sharra .	Sofia	angulo	angulo	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	o	A		18	
07	RC	1154664550	AZHLY .	ZOE	Mosquera	ocoro	3	12		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	€	A		18	
08	RC	1196711659	Dahiana	Tamara	Mandrague	Mina	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	o	A		18	
09	RC	1735146459	MADDY =	Sharry	Riascos	Cundumi	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	9	A		18	
10	RC	1112072014	Maria .	del Mar	Heredia	Garces	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	g	A		18	
11	RC	1235143767	Jothan ,	alexis	Torres	Murillo	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	C	A		18	
12	RC	1235146453	Liam	Andres	Castillo	Soriano																														
13																																				

TOTAL

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

Wilber Valencia C
COORDINADOR(A) EA

Luz Esther Garces
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 | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL: CONSEJO COMUNITARIO RIO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRATO: _760

MES: Julio AÑO: _2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ___ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: ___VALLE_____ Centro Zonal: _ BUENAVENTURA Municipio: _ BUENAVENTURA

Nombre Agente: LUCIA BULGARA CHICHILIANO CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unid: PORVENIR

Dirección UDS: vereda Buenavista Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	OMBRES DEL USUARIO / USUAR		PELLIDOS DEL USUARIO / USUARI		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBR	GUNDO NOMB	PRIMER APELLIDE	GUNDO APELLIC	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	R.C	1078694872	Juaquin	Yofre	Chamapuro	Piraza				A	A	A	A	A	D	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
02	R.C	1111930114	Kevin		Chamapuro	Chaucarama				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
03	R.C	1078694108	Ronaldo		Chamapuro	Chaucarama				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
04	R.C	1078693998	Yelis	Lunita	Barqueño	Nepaquito				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
05	R.C	1078693508	Maria	Venezuela	Cabezon	Piraza				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
06	R.C	1194469245	Yori	Jhoanna	Obispo	Juacorizo				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
07	R.C	1078694484	Luiz	Sueres	Chamapuro	Chichiliano				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
08	R.C	1078694672	Lesly		Chamapuro	Chaucarama				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
09	R.C	1078693338	Ezquivel		Chamapuro	Piraza				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
10	R.C	1078694259	Yarlin		Chocho	Burgara				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
11	R.C		Jimmy	Silvestre	Chamapuro	Cabezon				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
12	R.C		Maria	Makarena	Obispo	Piraza				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
13	RC	1078695259	maximo		Cabezon					A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		
																																TOTAL		

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Lucia Bulgara
RESPONSABLE DE GRUPO

[illegible]	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978-7

NÚMERO DE CONTRATO: 76010122024

MES: Julio

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE

Centro Zonal: BUENAVENTURA

Municipio: BUENAVENTURA

Hoja ____ de ____

Nombre Agente Educativo (a): LIGIA MARGOT VALENCIA VALENCIA CC 31635071

Código CUENTAME UDS: ____________

Nombre Unidad de Servicio/ Unid: CAMINITO ALEGRE

Dirección UDS.

Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

N°	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD [illegible]	EDAD [illegible]
01	R.C	1111925728	Bruna	Jineth	Cuellar	Delgado	4	1
02	R.C	1196716369	Lina	Maria	Sanguedo	Rodriguez	3	5
03	R.C	1115466299	Danna	Sulein	Diaz	Hinestroza	5	0
04	R.C	1115467363	Alex	Damian	Diaz	Hinestroza	3	5
05	R.C	1111926370	Maria	Fernanda	Rivas	Sanguedo	4	2
06	R.C	1113374549	Sharon	Yulieth	Rivas	Sanguedo	4	7
07	R.C	1113375323	Breiner		Sanguedo	Rodriguez	4	7
08	R.C	1106716447	Daylin	Briggitte	Ramos	Rivas	3	0
09	RC	1111924944	marlen	alondra	Gamboa	valencia		
10	RC	1111927495	Ellem	sofia	mosquera	Forastero		
11	RC	1235147670	Jose	Esteban	Arboleda	Cifuente		
12								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANA

N°	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRC	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRC	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRC	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRC	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRC	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	A		18	
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A			Vacaciones			A	A	A	A	Planeación	A	A	A	A		18	
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		18	
12																											

11

Wilber Valencia C.

COORDINADOR(A) EA

ligia margoth valencia valencia

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FR.MO12.PP	23/03/2018
		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO: _____

SIES: AÑO: _____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ____

Regional: _____ Centro Zonal _____ Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): LEYDY RIASCOS CC 1E+09

Código CUENTAME UDS: 7,61081E+11 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS ANGELITOS

Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1111927016	JAINARA	JHAYLEND	GONZALEZ	ARDILA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1111925185	JOSE	ANGEL	SALAZAR	ANGULO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		1113374125	LUIS	GAEL	RIASCOS	RIASCOS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1113375005	ALAN	JOHANY	SALAZAR	ANGULO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1150953983	DANIEL		MARTINEZ	RAMIREZ				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		1196715593	JHOAN	GAEL	HRUTADO	ADVINCULA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
																														TOTAL				

Verificacion De Cobertura

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Leidy Riascos
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	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Rio Raposo
NIT: NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN x
Regional: Valle Centro Zonal: Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ingri Valencia cc 29228471
Código CUENTAME UDS: 7608038111 24 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los corazoncitos
Dirección UDS: Barrio Cascajal 571340 Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																								TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.111926385	Paula	Yulieth	Angulo	Bolanta	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02	RC	1115462281	Abimael		Sanchez	Riascos	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03	RC	1.111 925 859	Dylan	Fabian	Rodriguez	Riascos	3	10		A	A	A	A	A	A	Ø	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04	RC	1235645609	Britany	Nicol	Angulo	Zuñiga	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05	RC	1115467897	Samuel	Antoine	Tascon	Giraldo	5	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06	RC	1235144331	Jeeac	Castro	Mina	Castro	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07	RC	1111925269	Carlos	Elian	Angulo	Riascos	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08	RC	1150985288	Liam	yessid	Rodriguez	Gamboa	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09	RC	1235146	Maykol	Stiven	Maylinez	Lozano	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10	RC	1.111546871	Abilin	Celeste	Ortiz	Asprilla	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11	RC	1150455974	Hallie	Fernanda	Castillo	Valencia	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
12																																		
13																																		

TOTAL

Verificación De Cobertura

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

Ingri Viviana Valencia Benitez
COORDINADOR(A) EA

Ingri Valencia
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

Wilber Valencia C.

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 :

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 760161220 24

MES: Julio AÑO 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Valle Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Enny Zamora CC 38469098

Código CUENTAME UDS: 76109111230 6 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion La orquidea

Dirección UDS: Kr 69 Brisas del Pacífico Teléfono UDS: 3186746511

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	1143374975	Jesús	David	Murillo	Bermudez	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Re	A			
02	RC	1143375084	Carlos	Yesid	Vente	Reascos	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Ti	A			
03	RC	1113375886	Jazlyn	Aline	Micolta	Murillo	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Ir	A			
04	RC	1115465664	Dimar	Yesid	Micolta	Murillo	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Re	A			
05	RC	1115467129	Didier	Esteben	Torres	Angulo	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	-	A			
06	RC	1150954441	Ian	Yael	Reascos	Escobar	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	n	A			
07	RC	1150954703	Maria	Jose	Riascos	Torres	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A			
08	RC	1235148852	Liam	Andres	Riascos	Carvajal	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	e	A			
09	RC	1235146549	Emily	Andrea	Bravo	Solis	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	d	A			
10	RC	1144002364	Yalen	Nairovi	Viveros	Valencia	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A			
11																																			
12																																			
13																																			
																														TOTAL				

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Enny Cecilia Zamora Valencia
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRAT: 76016122024

MES: _____ AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro : BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo ELDA CHAMAPURO CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS TRAVIESOS 2

Dirección UDS: Teléfono UDS:

Hoja ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1111665227	Juan	Carlos	Menbache	Garabato				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
02	R.C	1078694116	Heider		Ismare	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
03	R.C	1149469221	Hosmar		Garcia	Chiripua				A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
04	R.C	1078693157	Shaira		Garabato	Chiripua				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
05	R.C	1078693805	Deneiri		Chiripua	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
06	R.C	1078693588	Jaser		Ismare	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
07	R.C	1078694496	Damain		Garabato	Chiripua				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
08	R.C	1078694512	Crinwenchen		Cabezon	Chiripua				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
09	R.C	1078693156	Karina		Ismare	Chamapuro				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
10	R.C	1024612088	Yilver	Alinson	Cabezon	Chiripua				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
11	R.C	1111836205	Juan		Ismare	Chamapuro				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
12	R.C	1079847725	Lucila	Daniela	Chamarra	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	
13	R.C	1075392284	Victor	Alfonso	Chamarra	Ismare				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A	

TOTA

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

ELDA CH.
RESPONSABLE DE GRUPO

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2015
		Versión 6	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Raposo

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 1612

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8:00 AM

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Bjm Municipio: Bjm

Nombre Agente Educativ EDITH GARCIA HURTADO CC_ 8,7E+07

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PIOLIN

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1062994774	JHOSUAR		BOTELLO	GUEVARA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1111925104	JHON	DEIVER	MORENO	MURILLO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		1111927151	FLOR	MARIA	SOLIS	CUERO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1111927358	ISAAC	MAURICIO	ESCOBAR	OLMEDO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1111928506	SEMAEY	FABIANA	RIASCOS	RENGIFO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		1113335734	DANNA	YISEL	GARCIA	MOSQUERA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07		1115466744	EVA	LUNA	REYES	TORRES				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08		1115467096	LIAM	MATEO	AGUIRRE	CUERO				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09		1115467456	DAYRA	JULIETH	RIASCOS	RIASCOS				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10		1115467469	LIAM	EMIR	RIVAS	GAVIRIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11		1150964287	JEFER	ANDRES	LOPEZ	ASPRILLA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
12		1196716280	ALAM	DAMIR	GONZALEZ	GARCIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
13		1235145676	YIDUARD	YESID	CANDELO	VALENCIA				A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
																																	TOTAL		

Verificacion De Cobertura: 13

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Edith Garcia
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se entenderá 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	FT.ITI.012.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

IBT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____ Regional: _____ Centro Zonal _____ Municipio: _____

MES: Julio AÑO: ____ Nombre Agente Educativo (a): Doris angulo cc 31488532

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ Código CUENTAME UDS: 76104111 3247 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Bienvenidos

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ Dirección UDS: TRV 92-D6-11-58 N. amanecer Teléfono UDS: 3186805178

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL			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		1107564 1236	Hellen	thaliana	Quintero	Suarez	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-	A	A	A	A	A	A	A	T	A			
02		1189 95	edier	samir	rivas	calcedo	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	r	A			
03		141,027 315	Reiner		Sinisterra	diaz	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A			
04		1107955 6229	lian	andres	morgan	Sinisterra	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	b	A			
05		1235144 5380	Dayron	teresa	montaño	Cordoba	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A			
06		1235 1149 925	Breiner	Shoel	estacio	Valencia	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	J	A			
07		1107976	Jael	adhara	rojas	hurtado	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A			
08		1026604 265	Sharlot	alexa	rojas	suarez	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A			
09		1119260 43	luis	mateo	Sinisterra	Valencia	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	e	A			
10		106684 8679	luis	adrian	rentería	Bonilla	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	d	A			
11		1235145 363	Carlos	esteban	cardona	angulo	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	a	A			
12		1116466 076	Beiler	Gael	calcedo	rivas	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	g	A			
13																															9				

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Doris maria Angulo Ortega
RESPONSABLE DE GRUPO

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FS.MO12.PP	29/03/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO: _____

BPS: AÑO: _____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____ Centro Zonal _____ Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): DORIS AMANDA RIVAS VALENCIA CC 1E+08

Código CUENTAME UDS: 7610011423 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS ANGELITOS

Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									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		1111927947	HECTOR	IVAN	VALENCIA	VALENCIA	3	meses		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02		1113375450	JOEL	SANTIAGO	REYES	SANCHES	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03		1113375521	LIAM	DAVID	MOLANO	CUNDUMI	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04		1115485809	ANGELO		CAICEDO	HURTADO	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05		1115485813	BREILIN	NICOL	ARDOLEDA	CASTRO	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06		1115488104	MAROLING	LIZBETH	MURILLO	BERNAL	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07		1150954439	JOSE	ROBERT	ARAUJO	CORTES	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08		1150954488	PAULA	ANDREA	MOSQUERA	RIVAS	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09		1150954867	RUBEN	ANDRES	PANAMEÑO	RODRIGUEZ	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10		1150955227	SUSANA		BRAVO	MEDINA	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11		1150955473	HEYLER	DAVID	RIVAS	ZUÑIGA	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
12		1235144342	ANGELA	CELESTE	MORALES	QUIÑONES	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
13		1235145505	YEICOL	ANDRES	BALOIS	MORALES	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
																																TOTAL		

Verificacion De Cobertura

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Doris Amanda Rivas
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

FBMO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ASOCIAC
NIT: 805345228-9
NRO. 07
NÚMERO DE CONTRATO: FBMO025025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN:
Regional VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal BUENAVENTURA
MADRE COMUNITARIA (a): Diana Bonilla A CC 25366256
Código CUENTAME UDS: 76209113224
Dirección UDS:
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Nueva Esperanza
Teléfono UDS: 3175573885
Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1113375525	Ronal-	JoSUe	Riascos	Gonzales			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A					
02	RC	1113375132	Juanes-	Matey	Valencia	Mino			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03	RC	1235145321	Hansel	Issac	Mosquera	Arroyo			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A					
04	RC	1115466652	Eidan	Ihaser	Herrera	paz			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	E	A					
05	RC	1235145942	Karol-	Michel	candelo	panamen			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06	RC	1111927553	Hervin	Yair	Riascos	Angulo			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	i	A					
07	RC	1190713979	Luis -	Dael	VIVeros	Anizares			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	O	A					
08	RC	1076825173	Yarlin	Celeste	perea	Angulo			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A					
09	RC	1111927007	Keylin-	YaHaira	Banteria	Salas			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A					
10	RC	1111928215	Janier	Dael	Grueso	Castillo			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A					
11	RC	1113375079	ANnuel		Bravo	Salas			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura: 8

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Diana Bonilla Angola.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FT-SO-PP-01
Versión 6

Clasificación de la información: Pública

Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO
NIT: 815000975 -7
NÚMERO DE CONTRATO: 7101012224
MES: Julio
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ICBF
SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo: DARYS CONSUELO SINISTERRA VIVERO
CC: 38686867
Código CUENTAME UDS: 7610911112373
Dirección UDS: KY21C-E12b-22SN730
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad: LOS PELUCHES
Teléfono UDS: 3154374509

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO/A USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/A USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/A USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	R.C	1115460789	Allan	Sulanny	Alegria	Rosendo	3	11
02	R.C	1105716092	Darlin	Miranda	Celorio	Angulo	4	7
03	R.C	1111927150	Angie	Sofia	Rodallega	Valencia	3	9
04	R.C	1113375039	Mia	Scelath	Gamboa	Hurtado	3	8
05	R.C	1105716370	Maly	Samantha	Rivas	Angulo	3	5
06	R.C	1113375884	Dilsy	Dallany	Celorio	Angulo	2	3
07	R.C	1235144585	Kendrick	Gavel	Cambindo	Murillo	4	8
08	R.C	1113375146	Fredy	Stiven	Diaz	Angulo	4	9
09	R.C	1115407838	Kilian	Daniel	Mondragon	Caicedo	1	2
10	R.C	1111927860	Carlos	Josue	Angulo	Valencia	2	2
11	Rc	1111928199	Jhon	Ever	Perea	Gongora	2	1
12	Rc	1111929373	Luciana	Isabel	Guerrero	Sinisterra	1	9
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					FECHA 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	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
02	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
03	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
04	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
05	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
06	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
07	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
08	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
09	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
10	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
11	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
12	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		
13	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A		

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Darys C. Sinisterra V
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piensa 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

FIL10012.PP
Versión 5

25/06/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7

NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024

MES: 07

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE

Centro Zonal: BUENAVENTURA

Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): CONCEPCION MURILLO TORRES CC 26296183

Código CUENTAME UDS: 76109111 2233

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad: LOS PIRULITOS

Dirección UDS: cra 21 16 A 21-10 3/ Manos

Teléfono UDS: 323 4890090

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETI
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNE			
01	R.C	1115465536	Alex	Matias	Mina	Espinosa	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A	A	A			
02	R.C	1111929391	Angel	Elian	Mondragon	Ordoñez	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
03	R.C	1150954885	Jhon	Eduardo	Estacio	Palacios	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
04	R.C	1115465977	Channel	Pamela	Delgado	Valencia	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
05	R.C	1115465741	Yalering	Dahian	Villa	Rivera	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
06	R.C	1115466178	Dorlan	Yesid	Angulo	Arrechea	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
07	R.C	1111925560	Deiner	David	Aragon	Casquete	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
08	R.C	1115466847	Junior	Joel	Renteria	Albornoz	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
09	R.C	1113375800	Arling	Jessi	Araujo	Perea	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
10	R.C	1111926545	Belkin	Adhara	Asprilla	Arboleda	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
11	R.C	1115465592	Maria	Camila	Viafara	Panameño	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
12	RC	1113376023	Melody	Hannah	Escobar	Llanos	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A		A	A	A	A	A			
13																																					

TOTAL

Verificación De Cobertura

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Concepción murillo.
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

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP | Versión 5 | 01/06/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario de Raposo | NIT: 2550078 | MES: Julio | AÑO: 2025

SERVICIO: | NÚMERO DE CONTRATO: 7601122024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR COMUNITARIO

SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONALD

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE | Centro Zonal: BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): ANYELA LUZ ANGULO MINA | CC: 1111751083

Código CUENTAME UDS: 7610900086496 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA MANO DE DIOS

Dirección UDS: BARRIO LA FORTALEZA | Teléfono UDS: 3164655513

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	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	RC	1059049255	KEILIN	ANDREA	RIASCOS	RIASCOS			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	T	A	18		
02	RC	1115468697	ARIANNA		GARCIA	GRUESO			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	P	A	18		
03	RC	1150953616	YIBEL	ALANNA	CONGO	RIASCOS			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	9	A	18		
04	RC	1150954243	EMMANUEL		FRANCO	CASQUETE			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	b	A	18		
05	RC	1150954707	LIAM	DEMIR	ESTUPIÑAN	RIASCOS			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	9	A	18		
06	RC	1150955093	ELIAM	DAVID	ASPRILLA	ALOMIA			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	J	A	18		
07	RC	1150955594	MADDISON	DANNELY	SOLIS	CAICEDO			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	D	A	18		
08	RC	1150956342	IAN	JHOEL	TENORIO	SALAZAR			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	P	A	18		
09	RC	1235146525	EITHAN	GAEL	MOSQUERA	PANAMEÑO			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	E	A	18		
10	RC	1235146647	YOSTIN	JOSUE	MEDINA	RIASCOS			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	J	A	18		
11	RC	1235146747	LUISA	FERNANDA	BONILLA	GRANJA			A	A	A	A		A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	a	A	18		
12	RC																																		
13	RC																																		

TOTAL 18

Verificación De Cobertura: TOTAL NIÑOS ASISTENTE MES ANTERIOR | TOTAL NIÑOS ASISTENTE ACTUAL MES | 11

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Anllela luz Angulo Mina
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	FR.MD12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): Betsy Nicolta CC: 1.028187070

Código CUENTAME UDS: 76109111442I3 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los enanitos

Dirección UDS: San antonio etapa 2. Teléfono UDS: 3024700847 - 3152773736

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS / INASISTENCIAS	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	RC	1111925543	Leiner	Alexis	castro	Valencia	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	P	A		18	
02	RC	1111927403	YOWAR	ESTIWAR	Murillo	MORENO	5	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	L	A		18	
03	RC	1111927044	MARIA	LUISA	Murillo	MORENO	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A		18	
04	RC	1111928119	DARWIN	ARLEY	Mondragon	Naruaez	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	D	E	A		18	
05	RC	1115466864	DULCE	MARIA	Placides	TOLOZA	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	D	A	D	A		18	
06	RC	1150854231	Keren	Johana	Ruiz	castro	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	C	A		18	
07	RC	1150955082	LUIS	ESTEVAN	Valencia	Valencia	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18	
08	RC	1150956015	YEICOT	GADIEL	Placides	Toloza	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	!	A		18	
09	RC	1150951395	AIDANNA	LUCIA	MEZA	COREA	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	D	A		18	
10	RC	1235144602	LIANIS	JULIE	VIDAL	LOAIZA	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18	
11	RC	1235145352	Livis ton	YACER	MINA	Panameño	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	N	A		18	
12	RC	1235145354	Genesis	MIKECHA	MINA	Panameño	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18	
13	RC	1235146085	Keiler	ANDRES	Benites	Murillo	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A		18	
																																TOTAL	18	

13

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Betsy Rocio Micolta
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

F4.MO12.PP	23/05/2019
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
NIT:
MES: Julio NÚMERO DE CONTRATO: AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Valle Municipio: Buenaventura Hoja __ de __
Nombre Agente Educativo (a): Ana María CC 38472837
Código CUENTAME UDS: 76 10 91 11 2313 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Enanitos
Dirección UDS: 76 10 91 11 2313 Teléfono UDS: 318269987

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	Total	Causa de retiro
01	R6	1115466317	Alinzon	Dayana	Marines	Torres	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagógica		18	
02	R6	1115465818	Valerin	Yineth	Angulo	Mosquera	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
03	R6	1115446333	Melaniee	Liceth	Cuellar	Valencia	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
04	R6	1115467126	Danna	Celeste	Delgado	Rodallega	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
05	R6	1119265564	Milagro	Cristal	Mondragon	Ramos	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
06	R6	1144004185	Jessi	Jasmin	Perrez	Mondragon	1	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
07	R6	1119280442	Sharon	Victoria	Ceballos	Mendoza	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
08	R6	1150964224	Ian	Jose	Diaz	Renteria	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
09	R6	1190713980	Joser	DuVan	Mondragon	Ramos	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
10	R6	1119265577	Jesus	Daniel	Marine	Angulo	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
11	R6	1119126335	Jailer	Jhoan	Mosquera	Rodallega	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			18	
12																																			
13																																			

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Ana María Rodallega
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 PREVENCION FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FEJO12.PP Versión 5 Clasificación de la Información: Pública	23/05/2016 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: H.C.B.F

SERVICIO DE ATENCIÓN: de 8am. a 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Ana Y. Murillo CC 38467636

Código CUENTAME UDS: 76109111112360 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los guaduales

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3227269702

Hoja ___ de ___

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO : USUARIA NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01		1235142279	Marian	Celeste	Aguilar	Vente	4	11		A	A	A	A
02		1235145658	Thon	Alan	Arroyo	perlaza	3	10		A	A	A	A
03		1196716219	Juan	Jose	Olave	Vallejo	3	10		A	A	A	A
04		1235145662	Mariangel		Bermudez	Aguirre	3	9		A	A	A	A
05		1235145362	Luis	Antonio	Mosquera	Ojeda	4	0		A	A	A	A
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													

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	FECHA RETIRO	CAUSA DE RETIRO
A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Pijama	A		17		
A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Pijama	A		17		
A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Pijama	A		17		
A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Pijama	A		17		
A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	Pijama	A		17		

5

Wilber Valencia C.

Ana Y. Murillo

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

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

VERSIÓN VIGENTE: CUALQUIER COPIA O USO DIFERENTE A LA ESTABLECIDA EN EL PROCEDIMIENTO SE CONSIDERA COMO COPIA NO CONTROLADA

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRAT 76016122024

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): MARIA LUZNILDA CHAMARRA CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS PITUFOS

Dirección UDS: Teléfono UDS:

Hoja de

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C	1078693820	Sindi	Pahola	Chamarra	Chichiliano			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
02	R.C	1078694497	Omar		Garcia	Chiripua			A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
03	R.C	1078694007	Betty		Garabato	Chiripua			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
04	R.C	1078694532	Karol		Garabato	Chamarra			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
05	R.C	1078693611	Jhon	Jackson	Ismare	Cardenas			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
06	R.C	1078694559	Aneyby		Ismare	Dinisabe			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
07	R.C	1078694611	Yary		Chamapuro	Cardenas			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
08	R.C	1071748938	Jovi		Ismare	Ismare			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
09	R.C	1078694264	Nahirare		Chiripua	Chamapuro			A	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
10	R.C	1078693863	Dioswenlen		Cabezon	Chiripua			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
11	R.C	1078694266	Yaniluz		Ismare	Chichiliano			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
12	R.C	1006228863	Rarly		Cardenas	Ismare			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
13	R.C	1078694504	Lecsy		Garabato	Sarco			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A			
																															TOTAL			

Verificación De Cobertura	

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A)

maria luz nilda ch
RESPONSABLE DE GRUPO

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 ___

ENTIDAD+4:26 ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024

MES: Julio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE V Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): ANITA GARABATO CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Dirección UDS: Teléfono UDS:

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	R.C	1078693772	Julian		Ortiz	Garabato	1	
02	R.C	1078694084	Marlyn		Garabato	Cuero	3	
03	R.C	1078693836	Wilfer		Garabato	Cuero	4	
04	R.C	1078695112	Jhon	Jair	Chichiliano	Garabato	1	
05	R.C	1078695133	Carlota		Cuero	Chamapuro	1	
06	R.C	1078694268	Talia		Donisabe	Garabato	3	
07	R.C	1196716150	Christofer		Garabato	Donisaba	3	
08	R.C	1078694460	Gilder		Garabato	Donisaba	2	
09	R.C	1149469210	Martin	Elias	Quivi	Chiribico	4	
10	R.C	1078694009	Luis	Felvian	Chivibico	Garabato	3	
11	R.C	1078645228	Alan	Ikler	Ortiz	Garabato	1	
12	R.C	1078695251	Juanfer		Garabato	Chamapuro		
13	RC	1078693772	Denny	Jolian	ortiz	Garabato		

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	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
01		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
12		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A
13		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A		A

TO

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

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Anita garabato
RESPONSABLE DE GRUPO