	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 6	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 76018122024

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN Hoja de

Regional: VALLE Centro BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): MARI DELCY CHIRIPUA CC

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

Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS		
01	RC	1007485930	DORIANA		CABEZON	ISMARE								1	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
02	RC	1078694389	YIAN	DEYVID	GARABATO	CHAMARRA									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
03	RC	1078694486	YESNEYLI		SARCO	CHIRIPUA									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
04	RC	1078694501	DANNA	MARBELY	CHIRIPUA	ISMARE									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
05	RC	1078694502	GILDER		ISMARE	ISMARE									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
06	RC	1078694839	JACK		GARABATO	GARCIA									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
07	RC	1085387273	LUISA	FERNANDA	CHIRIPUA	CHAMAPURO									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
08	RC	1111152022	HAIDA	JULIETA	CHAMARRA	MAMBACHE									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
09	RC	1111938294	ALAN	WALKER	GARABATO	SARCO									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
10	RC	1149469206	YOSSIMAR		CABEZON	ISMARE									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17		
11																																			
12																																			
13																																			
																															TOTAL			

Verificación En Cobertura

10

wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

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

ok.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FR.M012.PP Versión 8 Clasificación de la información: Pública	29/06/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL CONSEJO COMUNITARIO RIO | IDENTIFICACIÓN | Hoja de

NIT: 835000978 -7 | NÚMERO DE CONTRATO: 760 | Regional: VALLE | Centro Zonal BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA

MES: Noviembre | AÑO: 2025 | Nombre Agente E LUCIA BULGARA CHICHILIANO CC

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF | Código CUENTAME UDS: | Nombre Unidad de Servicio/ Unida PORVENIR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm | Dirección UDS: | Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	OMBRES DEL USUARIO / USUAR		PELLIDOS DEL USUARIO / USUAR		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	
			PRIMER NOMBR	GUNDO NOMB	PRIMER APELLIDO	EGUNDO APELLID																													
01	R.C	1078694872	Juaquin	Yofre	Chamapuro	Piraza									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
02	R.C	1111930114	Kevin		Chamapuro	Chaucarama									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
03	R.C	1078694108	Ronaldo		Chamapuro	Chaucarama									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
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	17		
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	17		
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	17		
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	17		
08	R.C	1078694672	Lesly		Chamapuro	Chaucarama									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
09	R.C	1078693338	Ezquivel		Chamapuro	Piraza									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
10	R.C	1078694259	Yarlin		Chocho	Burgara									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
11	R.C		Jimmy	Silvestre	Chamapuro	Cabezon									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
12	R.C		Maria	Makarena	Obispo	Piraza									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
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

Lucia Bulgara Chichiliano
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir esta 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 : CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRAT 76016122024

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8am A 4pm

IDENTIFICACIÓN Hoja de

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:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	RC	1006228863	HARLY		CARDENAS	ISMARE								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
02	RC	1071748938	JOVI		ISMARE	ISMARE								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
03	RC	1078693611	JHON	JACKSON	ISMARE	CARDENAS								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
04	RC	1078693820	SINDY	PAOLA	CHAMARRA	CHICHILIANO								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
05	RC	1078693863	DIOSWENLEN		CABEZON	CHIRIPUA								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
06	RC	1078694266	YANY	LUZ	ISMARE	CHICHILIANO								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
07	RC	1078694504	LECSY		GARABATO	SARCO								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
08	RC	1078694532	KAROL		GARABATO	CHAMARRA								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
09	RC	1078694559	ANEYBY		ISMARE	DONISABE								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
10	RC	1078694641	YARY		CHAMAPURO	CARDENAS								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
11	RC	1133662013	MERCY		CHIRUPUA	CHAMAPURO								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
12	RC	1133662014	KAREN		CHIRIPUA	CHAMAPURO								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	
13																																		
																																TOTAL		

verificado por el operativo

12

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

María Luznelda Chamarra
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 9	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

NIT: 835000978 -7 NÚMERO DE CONTRATO 76016122024

Regional: VALLE_____ Centro : BUENAVENTURA Municipio: _____ BUENAVENTURA

MES: Noviembre AÑO: 2025_____

Nombre Agente Educativo ELDA CHAMAPURO CC_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ HCBF

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

SERVICIO DE ATENCIÓN: ____ DE 8am A 4pm

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	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
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	17	
02	R.C	1078694116	Heider		Ismare	Ismare									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
03	R.C	1149469221	Hosmar		Garcia	Chiripua									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
04	R.C	1078693157	Shaira		Garabato	Chiripua									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
05	R.C	1078693805	Deneiri		Chiripua	Ismare									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
06	R.C	1078693588	Jaser		Ismare	Ismare									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
07	R.C	1078694496	Damain		Garabato	Chiripua									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
08	R.C	1078694512	Crinwenchen		Cabezon	Chiripua									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
09	R.C	1078693156	Karina		Ismare	Chamapuro									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
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	17	
11	R.C	1111836205	Juan		Ismare	Chamapuro									A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	
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	17	
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	17	
																																TOTAL	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Elda Chamapuro
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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO

NIT: ___ 835000978-7 **NÚMERO DE CONTRATO:** _____ 1612

MES: __ NOVIEMBRE 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ___

Regional: _____VALLE__ **Centro Zonal** BUENAVENTURA **Muni** BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a BETSY ROCIO MICOLTA **CC** ##

Código CUENTAME UDS: _____ **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_** LOS ENANITOS

Dirección UDS: _____ **Teléfono UDS:** _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																														TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS
									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						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																														
01	RC	1111925543	LEINER	ALEXIS	CASTRO	VALENCIA	5	11,30		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
02	RC	1111927403	YOWAR	STIWAR	MURILLO	MORENO	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
03	RC	1111927404	MARIA	LUISA	MURILLO	MORENO	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
04	RC	1111928119	DARWIN	ARLEY	MONDRAGON	NARVAEZ	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
05	RC	1111928893	KILIAN	DALETH	RIVA	MONDRAGON	1			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
06	RC	1115466860	DULCE	MARIA	PLACIDES	TOLOSA	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
07	RC	1150954237	KEREN	JOHANA	RUIZ	CASTRO	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
08	RC	1150955082	LUIS	ESTEVAN	VALENCIA	VALENCIA	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
09	RC	1150956015	YEICOT	GADIEL	PLACIDES	TOLOSA	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
10	RC	1150956395	AIDANNA	LUCIA	MEZA	CORREA	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
11	RC	1235144802	LIANIS	JOLIE	VIDAL	LOAIZA	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A									17
																																							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	

11 wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Betsy Rocio Micolta
BETTY 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

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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1612

MES: Noviembre 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: VALLE Centro Zona BUENAVENTURA Muni BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Noralba Panameño CC 66939016

Código CUENTAME UDS: 76109111233 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Carrusitos

Dirección UDS: Carrera 47 calle 1ra Nuevo H. Teléfono UDS: 3147990210

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1235146986	Erik	Yoel	Yepes	Gonzalez	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	P						17		
02	RC	1150954211	Sharon	Stephanie	Montaño	Siniterra	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	F						17		
03	RC	1150954477	Amy	Adela	Córdoba	Valencia	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	C						17		
04	RC	1150955101	Hanna		Cardona	Lopez	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	X						17		
05	RC	1113375029	Karol	Michell	Valencia	Solis	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	P						17		
06	RC	1111925812	Mateo		Martinez	Monsalve	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	C						17		
07	RC	1235145969	Jailin	Samai	Mosquera	Martinez	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	O						17		
08	RC	1150955700	Enyelt	Nahiara	Zuñiga	Mosquera	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	O						17		
09	RC	1235146732	Lowen	Gustavo	Viveros	Iturry	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	I						17		
10	RC	1235147041	Katherin	Adhara	Siniterra	Bonilla	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	C						17		
11	RC	1150953967	María	Isabella	Barco	Caicedo	5	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
12	RC	1235144253	María	Salome	Riascos	Siniterra	5	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C.R.R.

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601612024

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Enny Zamora CC: 38469098

Código CUENTAME UDS: 7610911112306 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Orquidea

Dirección UDS: Kr 69 Brisas Teléfono UDS: 3186746511

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	1113375084	Carlos	Yesid	Vente	Reascos	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	R					17		
02	RC	1113337349	Jesus	David	Murillo	Barmudez	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	e					17		
03	RC	1109547703	Maria	José	Riascos	Torres	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	F					17		
04	RC	1150934447	Yan	Yadel	Riascos	Estupiñan	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	l					17		
05	RC	1115466064	Dimar	Yesid	Micolta	Murillo	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	e					17		
06	RC	1113375086	Jazlyn	Aline	Micolta	Murillo	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	X					17		
07	RC	1115466	Didier	Estiben	Torres	Angolo	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	l					17		
08	RC	1235154954	Emily	Andrea	Bravo	Solis	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	D					17		
09	RC	1235144872	Liam	Andres	Riascos	Carvajal	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	n					17		
10	RC	V-42303663	Neymar	David	Lopez	Nieve	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	P					17		
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:	

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FAMO12.PP Versión 6	23/06/2016 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Publica	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

MES: Noviembre NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Ana María CC: 38472837

Código CUENTAME Ude: 7610911123 13 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Enanitos

Dirección UDS: CL 2B 22 SN - 29 Los Almendros Teléfono UDS: 3182699187

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					CANTIDAD DE RACIONES ENTREGADAS
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																					
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	
01	RC	1115466577	Hinzon	Dayana	Marines	Torres	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión Pedagógica					18
02	RC	1154655318	Valerin	Yineth	Angelo	Hosquera	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
03	RC	1154655333	Melanice	Huceth	Cuellar	Valencia	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
04	RC	1154611225	Danna	Celeste	Delgado	Rodallega	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
05	RC	1119265644	Hilagro	Cristal	Hondragon	Ramos	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
06	RC	1144004155	Jessi	Jasmin	Perez	Hondragon	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
07	RC	1196315720	Joser	Duban	Hondragon	Ramos	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
08	RC	1119265777	Jesus	Daniel	Marines	Angulo	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
09	RC	1156564274	Ian	Jose	Diaz	Tenteria	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
10	RC	1119263358	Jailer	Jhoan	Hosquera	Rodallega	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
11	RC	1234206174	Breiner	Estiven	Hondragon	Ramos	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18
12	RC	1235446085	Keiler	Andrés	Benitez	Murillo	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						
13																																	

12

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 es considerada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA FINALIDAD DE CARACTER PERMANENTE DEL DATO PERSONAL ESTABLECIDA EN LA LEY 1581 DE 2012

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MERSUAL	F8.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: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempoCompleto

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____ Centro Zonal _____ Municipio: Valle del Cauca

Nombre Agente Educativo (a): MariaSobeida CC 35805348

Código CUENTAME UDS: 7601912905 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Maripozo

Dirección UDS: Barrio 12 octubre Teléfono UDS: 3146932179

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:																						TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	AUSENTISMOS	CAUSA DE RETIRO
									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		123545352	Janiker		Garcia	Mosquera	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
02		1150944 8	Madelen		Vargas	Lerma	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
03		12351452	Alison	Samanta	Mosquera	Valencia	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
04		1150953978	Derek	Jessy	Cardenas	Lerma	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
05		1150953514	Carlos		Gamboa	Renteria	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
06		12351498	Droxile	Mael	Herrera	Cuero	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
07		1111546 69	JVie	Alexandra	Valencia	Castro	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
08		1111546 72	Jandan	DAVID	Palomino	Hinojosa	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
09		1117672	Emir		Cebillano	Rivas	5	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
10		1117999	Mirian	Liset	Cebillano	Rivas	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
11		1119282	Thiago	Fernando	Rosero	Pretel	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						18		
12																																		
13																																		

TOTAL

Verificar
De Cobertura

11

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

MariaSobeida Pretel
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.

OK

	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: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOBIS

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Edith García CC 66944832

Código CUENTAME UDS: 7610111290[illegible] Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pioiin

Dirección UDS: Pascual de Andagoya Teléfono UDS: 3113917327

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		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	1111972854	SEMAEY	FABIANA	Riascos	Dengito	7	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
02	RC	1113375234	DANNA	Yisel	Garcia	Mosquera	3			A	A	A	A	A	A	A	A			1	1	1	A	A	A	1	1						17		
03	RC	1154674560	DAVID	YULIETH	Riascos	Riascos	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1119227151	Flor	Maria	Solis	Cuero	3			A	A	1	A	A	1	1	A			A	A	A	1	1	A	1	A						17		
05	RC	1154662[illegible]	ELVA	Lucia	Reyes	Lopez	42			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	1	1	A	A							17		
06	RC	1062[illegible]	JHOSUAR		Bonilla	Colorado	19			A	1	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
07	RC	1119228[illegible]	JEAN	MAURO	Escobar	Olaya	29			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
08	RC	1154674[illegible]	LIAM	ENDER	Rivas	Collazos	8			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
09	RC	1154637096	LIAM	MATEO	AGUIRRE	CUERO	8	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
10	RC	1119621[illegible]	ALAN	OMAR	GONZALES	GARCIA	4			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
11	RC	1235145[illegible]	VIANA	YESICA	CONDITO	VALENCIA	4			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
12	RC	1111925104	JHON	DEIVER	MORENO	MURILLO	5			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
13																																		
																																TOTAL		

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

Wilber Velencia
COORDINADOR(A) EA

Edith García
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

OK

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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO
NIT: 835000978-7 **NÚMERO DE CONTRATO:** 1612
MES: Noviembre 2025
MODALIDAD DE ATENC HCBF
SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: VALLE **Centro Zonal** BUENAVENTURA **Munici** BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yanisa Jaramillo **CC** 1111753291
Código CUENTAME UDS: 7610911112906 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención** Pequeños Traviesos
Dirección UDS: URB San Buenaventura **Teléfono UDS:** 3234987778

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
									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	1113374971	Shaira	Yajanny	Salas	Cabezas	4	2							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
02	RC	1150954983	Sebastian		Castañeda	Guerrero	3	11							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
03	RC	1110306678	Sharon	Stacy	Espinosa	Riascos	3	3							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
04	RC	1111920730	Keilor	Eduardo	Rodriguez	Valencia	3	3							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
05	RC	1111928402	Brayan	Stiven	Valencia		4	8							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
06	RC	1111929649	Zeidy	Lohany	Collecdo	Caicedo	2	7							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
07	RC	1150954659	Brian	David	Tenorio	Gamboa	5	2							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
08	RC	1115467729	Iker	Duvan	Pereq	Rentería	2	7							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
09	RC	1111927726	María	Fernanda	Rentería	Espinosa	2	7							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
10	RC	1111928406	María	Eloisa	Valencia		5	3							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
11	RC	1133774974	Wincy	Yireth	Cuero	Moreno	4	2							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
12	RC	1111991403	Jeikon	Nahomi	Valencia		2	5							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
13	RC	1111925514	Liam	Joel	Rodriguez	Garcés	4	11							A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A		17	
																														TOTAL		

Verificacion 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

Yanisa J.
RESPONSABLE DE GRUPO

OK.

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: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura Centro Zonal _____ Municipio: Valle del cauca

Nombre Agente Educativo (a): _____ CC 79228471

Código CUENTAME UDS: 2603038111124 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Corazoncito

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	RC	1111928285	Paula	Juliette	Angolo	balanta	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
02	RC	1115462781	Abimael		Sanchez	Riascos	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
03	RC	1115462745	Dylan	Fabian	Rodriguez	Riascos	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1115461654	Alilin	celeste	Ortiz	Aspeilla	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
05	RC	1295465564	Britany	Nicol	Angulo	Zabaleta	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	RC	1115462481	Samuel	Antoine	Tascon	Giraldo	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
07	RC	1234562468	Carlos	Elian	Angulo	Riascos	5	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
08	RC	1115465889	Liam	yessid	Rodriguez	Gamboa	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
09	RC	1234545	Maykel	Stiven	Martinez	Lozano	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
10	RC	1230231245	Jordan	Stiven	Baena	Alvarez	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
11	RC	1150865772	Hallie	Fernanda	Castillo	Valencia	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
12																																			
13																																			
																																TOTAL			

Verificación De Coordinador

[illegible] 11

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Ingri Viviana Valencia Benítez
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

OK

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: Noviembre Año 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: T.C

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: _____ Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Zoraida Lerma CC 31.373.755

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H.C Carlos Negro

Dirección UDS: Calle 5ta cra 91 #B03 Teléfono UDS: 3186949319

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		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	FALTAS DE ASIS.	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	1115465256	Jahseh	Duayne	Rentería	Lucumí	5	8							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	Retirado	17		
02	RC	1115446528	Jacob	Martin	Rentería	Lucumí	4	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
03	RC	1119287755	Ikei	Yamil	Valencia	Montaño	1	10							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
04	RC	1030342224	Ackell.	Gabriel	Duarte	Gruteron	4	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
05	RC	1191208164	Hallie	fabiana	Cortes	Hurtado	1	8							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
06	RC	119128463	Hanni	Tatiana	Cortes	Hurtado	1	8							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
07	RC	1150955046	Yaylin	yireth	Cuajete	Garces	3	8							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
08	RC	1111928444	eleiyker	naitum	Romero	Duarte	3								A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	C	17		
09	RC	1196316038	Angel	Mathias	Zapata	Suarez	4	8							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura: _____ 9

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Zoraida Reyes
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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

Clasificación de la información: Pública

Mes: Noviembre Año: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal:
Nombre Agente Educativo(a): Ximena Mueros CC 29227665
Código CUENTAME HDS: 2610911123413
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Mi Jardín
Modalidad: Bitura
Cobertura UDS:
Teléfono UDS: 3105245447

INFORMACIÓN DEL USUARIO/A DEL SERVICIO

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/A: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO/A: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/A: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO/A: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL
1	RC	1115465950	Heriam	Damara	Prado	Rivera	4	11	F A A A A A A A	F A A A A A A A	F A A A A A A A	F A A A A A A A		17
2	RC	1150955756	Jana	Milena	Castañeda	Caicedo	2		A A A A A A A A	A A A A A A A A	E A A A A A A A	A A A A A A A A		17
3	RC	1115466908	Lic.	Andrea	Celorio		3	10	E A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A A		17
4	RC	1111929962	Eilen	Jaziel	Paz	Diaz	2	5	E A A A A A A A	A A A A A A A A	S A A A A A A A	A A A A A A A A		17
5	RC	1115572818	Gilian	Gaeli	Herrera	Caicedo	3	1	S A A A A A A A	A A A A A A A A	S A A A A A A A	A A A A A A A A		17
6	RC	1119729312	Kelly	Jireht	Lopez	Costa	1	5	S A A A A A A A	A A A A A A A A	T A A A A A A A	A A A A A A A A		17
7	RC	1196716312	Keytor	Gael	Vergara	Rivera	3	9	T A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A A		17
8	RC	1113375270	Elian	Stiven	Torres	Arroyo	3	6	T A A A A A A A	A A A A A A A A	T A A A A A A A	A A A A A A A A		17
9	RC	1113376019	Jhon	Edward	Lopez	Cordoba	1	8	T A A A A A A A	A A A A A A A A	T A A A A A A A	A A A A A A A C		17
10	RC	1113375075	Dereck	Yaluet	Lopez	Cordoba	4	1	T A A A A A A A	A A A A A A A A	V A A A A A A A	A A A A A A A 1		17
11	RC	1115466986	Richar	Gael	Vente	Trasloa	3	11	A A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A A	A A A A A A A O		17
12	RC	1119726978	Angelo	Zamir	Soli	Canga	3	3	V A A A A A A A	A A A A A A A A	O A A A A A A A	A A A A A A A N		17
13	RC	1059992176	Ivan	Mauricio	Escobar	Uzuriaga	5	4	O A A A A A A A	A A A A A A A A		A A A A A A A N		17

TOTAL NIÑOS/AS QUE ASISTIERON AL SERVICIO: 13

Ximena Mueros M
COORDINADOR(A)/EA

Wilber Valencia C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRAD: C.C RIO RAPOSO — IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

NIT: 835000978-7 — NÚMERO DE CONTRATO: 1612 — Regional: VALLE — Centro Zona BUENAVENTURA — Muni BUENAVENTURA

MES: 11 2025 — Nombre Agente Educativo (a): Concepcion CC 26 296 183

MODALIDAD DE ATENC HCBF — Código CUENTAME UDS: 7610911 72233 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pinulitos

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM — Dirección UDS: cra 21 1C # 21-10 — Teléfono UDS: 323 4890080

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																									
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115465536	ALEX	MATIAS	MINA	ESPINOSA	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
02	RC	1111929391	ANGEL	ELIAN	MONTAÑO	OLIVEROS	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
03	RC	1150954885	JHON	EDUARDO	ESTACIO	PALACIOS	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
04	RC	1115465977	CHANEL	PAMELA	DELGADO	VALENCIA	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
05	RC	1115465341	YHELENG	DAYAN	VILLA	RIVERA	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
06	RC	1115466172	DORIAN	YESID	ANGULO	ARREOLA	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
07	RC	1111925560	DEINER	DAVID	ARAGON	CASTILLO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
08	RC	1115466844	JUNIOR	JOEL	QUINTERO	ALVARADO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
09	RC	1113375880	ARLING	JESSI	ARROYO	PEREA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
10	RC	1111928545	BRIAN	ANDRES	ESPINOSA	ARBOLEDA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
11	RC	1115465592	MALIA	CAMILA	VIAFARA	PANAMEÑO	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
12	RC	1113376023	MOBY	ZAHARA	ESCOBAR	RAMOS	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17		
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 R.
COORDINADOR(A) EA

Concepcion muñoz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FRMD12.PP Versión 5 Clasificación de la Información: Publica	28/05/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: nov Año: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: ICBF

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): omaira DIAZ cc 66939716

Código CUENTAME UDS: 7610911143 68 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Traviesos

Dirección UDS: Barrio vista Hermosa Teléfono UDS: 3178344446

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						
			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
1	RC	1133741897	Jhostnuth	JOSUE	ESPINOZA	DIAZ	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
2	RC	1154661528	JACOB	Martin	Rentería	Lucumi	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
3	RC	1123574653	Andi	Fernando	victoria		3			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
4	RC	1150955315	Victor	JHOEL	Garces	Valencia	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
5	RC	1237457154	JOSE	Manuel	Cordoba					A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
6	RC	1144000114	LUIS	YAEL	Quintero	Alomia	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
7	RC	1111929389	Breicy	Danon	Mina	Sanchez	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
8	RC	1150955	Kiara	Suan	Cuero	Salas	5			A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A					17
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															

8

Walter Valencia
COORDINADOR(A) EA

omaira DIAZ
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Copias impresas de este documento se denominan COPIA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	PSMO12.PP	29/05/2015
		Version 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Centro Zonal

Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Luz Esther G CC 29233193

Código CUENTAME UDS: 76169112284 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi ranchito

Dirección UDS: Cra-71 Calle 7 B° Alfonso López Michelsen Teléfono UDS: 3154848547

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					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	1150954853	Liam	Santiago	Mosquera	Ocoro	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
02	RC	1115223004	Kayleen	Sahory	Molina	Barrera	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
03	RC	1115446450	Ashly	Zoe	Mosquera	Ocoro	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
04	RC	1173747 1	Andres	Felipe	Estacio	Molina	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
05	RC	1112672004	Mario	del Mar	Agudelo	Garces	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
06	RC	1115[illegible]358	Nayzan		Cruz	Vasquez	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
07	RC	1150[illegible]9559	Shaira	Sofia	angulo	angulo	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
08	RC	1196[illegible]7165	Dethanny	Tamara	Mondragon	Mina	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
09	RC	1235146459	MADDY	Shary	Riascos	Cundumi	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
10	RC	1165261 45	DEREK		Alvarez	Moreno	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A							17		
11																																		
12																																		
13																																		
																													TOTAL				

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES SUBSIDIO	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	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

6K

MODALIDAD FAMILIAR

PROCESO
FICHA DE CARACTERIZACIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:	CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO
NIT: 1013001978-7	NÚMERO DE CONTRATO: 7[0101232024
MES: NOVIEMBRE	AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN:	ICBF
SERVICIO DE ATENCIÓN:	DE 9am A 4pm

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: VALLE — Centro Zonal: BUENAVENTURA — Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): LIGIA MARGOTH VALENCIA VALENCIA — CC: 31635071

Código CUENTAME UDS: 76109111265 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad: CAMINITO ALEGRE

Dirección UDS: — Teléfono UDS: 3117782402

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										FECHA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANA																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA										
							A	M																											
01	R.C	1111925720	Briana	Jireth	Cuellar	Delgado	4	5	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A		A	A	A	A	P							17	
02	R.C	1100716319	Lina	Maria	Sanjuan	Rodriguez	3	9	e	A	A	A	A	A	A	A	A	A	¢	A	A	A		A	A	A	A	I							17	
03	R.C	1116480220	Diana	Sofia	Diaz	Hinestroza	5	4	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A		A	A	A	A	A							17	
04	R.C	1115467380	Alex	Damian	Diaz	Hinestroza	3	8	+	A	A	A	A	A	A	A	A	A	+	A	A	A		A	A	A	A	N							17	
05	R.C	1111926570	Maria	Fernanda	Rivas	Sanjuan	4	6	j	A	A	A	A	A	A	A	A	A	j	A	A	A		A	A	A	A	€							17	
06	R.C	1113974690	Sharon	Yulieth	Rivas	Sanjuan	4	11	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A		A	A	A	A	A							17	
07	R.C	1113976923	Breiner		Sanjuan	Rodriguez	4	11	O	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A		A	A	A	A	C							17	
08	R.C	1108710447	Devin	Reinaldo	Ramos	Rivas	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I							17	
09	RC	1111924944	Marlen	alondra	Gamboa	Valencia	5	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	O								
10	RC	1111927495	Elizen	Sofia	Mosquera	Forastero	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	N								
11	RC	1235147620	TOSO	Esteban	Arboleda	Cifuente	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A									
12																																			

11

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Ligia Margoth Valencia V.
RESPONSABLE DE GRUPO

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 ADMINISTRAD: C.C RIO RAPOSO

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1612

MES: Noviembre 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zona BUENAVENTURA Muni BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Ruby Palma CC 66942381

Código CUENTAME UDS: 76109111122493 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Carucel

Dirección UDS: B. Cristobal Colon calle Jolibwo Teléfono UDS: 3185155159

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				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1113375113	Luz	alana.	Torres	mosquera	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		Retirado
02	RC	1115466331	Nil	eiverson	cosio	Chala	6	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
03	RC	1235145443	maria	Yenci	angulo	renteria	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1113466781	Yeifer	Yael	Bravo	Sinisterra	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
05	RC	1119278224	Luis	miguel	martinez	Caisedo	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	RC	1150956745	Derek	miguel	moreno	renteria	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		Retirado
07	RC	1115466474	Liam	santiago	caisedo	mina	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
08	RC	1160956024	Johan	Jair	grueso	moreno	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
09	RC	5322905093	Alexa	elia c.	angulo	godoy	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
10	RC	1115476497	marten	Patricia	caisedo	renteria	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
11	RC	1119278528	Zuani	fatima	colorado	angulo	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
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
COORDINADOR(A) EA

Ruby Teresa Palma 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.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	PLMC12.PP	23/08/2013
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 7601612224

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: H. C.B.F

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8am 4 pm

IDENTIFICACIÓN

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

Nombre Agente Educativo (a): Ana Jenny R. CC 1111.773.461

Código CUENTAME UCS: 7610911 12247 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mickey Mouse

Dirección UCS: Nuevo Horizonte Teléfono UCS: 3104637669

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	SÁBADO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C	1235146454	Eliam	Raul	Garces	Riascos	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	P					17		
02	R.C	1235146960	Kilian	Mauricio	Zuñiga	Bellaisa	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	I					17		
03	R.C	1235146092	Derlin	Matia	Mosquera	Velez	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A					17		
04	R.C	1235146613	Yosuar	Estiven	Garces	Riascos	2	12		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	N					17		
05	R.C	1235145796	Derek	Yasier	Angulo	Bellaisa	3	12		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	E					17		
06	R.C	1113374800	Mateo	Alberto	Angulo	Angulo	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A					17		
07	R.C	1118313633	Jhoiner	Samir	Balanta	Hinestroza	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	C					17		
08	R.C	1300008878	Ayda	Maria	Ramos	torres	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	I					17		
09	R.C	1235147377	Jackson	Ali	Mosquera	Velez	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	O					17		
10	R.C	1235145898	Ahinoia	Vanessa	Zuñiga	Bellaisa	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	N					17		
11	R.C	1111928198	Alan	Yesi	Solarte	Lopez	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
12	R.C	1115467154	Heiner	Fabian	Solarte	Lopez	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A						17		
13																																	

12

Wilber Valencia
COORDINADOR(A) EA

Ana Jenny Riascos Bellaisa
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS 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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información:	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SE: C.C RIO RAPOSO
NIT: 835000978-7
MES: NOVIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF
SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 AMM A 4 PM
NÚMERO DE CONTRATO: 1612
2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE_ Centro Zonal BUENAVENTURA Munici BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARY RIASCOS CC 66942597
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI REBAÑO
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																												TOTAL MENSUAL		
									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	RC	1066847608	MELET	NAHOMI	VANIN	GARCIA	5	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
02	RC	1066848954	LEO		VANIN	GARCIA	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
03	RC	1109570680	SAMUEL	ELIAS	REYES	RUIZ	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1109570761	GEREMY		MARMOLEJO	PEREA	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
05	RC	1109570762	GERONIMO		MARMOLEJOS	PEREA	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	RC	1115465768	BRIAM	GAEL	CELORIO	MOSQUERA	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
07	RC	1115467169	EDWARD	JESUS	RIASCOS	RIOS	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
08	RC	1115467548	KIARA	ISABELLA	ARRIETA	CANDELO	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
09	RC	1150954744	SERGIO	DAVID	ESCALONA	SEGURA	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
10	SD	7A28048F6AAF4948908DDBC87C7C39E837347	KERRY	YAEL	TORRES	RIASCOS	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
										A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura				
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES			
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES		10	wilber valencia Q.
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES		COORDINADOR(A) EA	RESPONSABLE DE GRUPO

LUZ MARY RIASCOS

6 K

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: NOV AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura1 Municipio: BuenaVentura

Nombre Agente Educativo (a): CarmenLau CC: 66'944315

Código CUENTAME UDS: 76104000181847 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Cisnes

Dirección UDS: Cra 20 Nº 2b 26 Teléfono UDS: 3175458565

Hoja 1 de 2025

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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		1104850971	Yira	Celeste.	carcés	Estupiñan	4	5							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
02		1111926778	Zoe	Nahomi.	Diaz	Hurtado	3	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
03		1115467993	Yerlin	Dayana.	Renteria	Bonilla	2	6							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
04		1150955317	Liam	Gabriel.	Renteria	Renteria	5	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
05		1150955615	Kiliam	David.	Murillo	Torres	3	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
06		1206228646	Saray	Michelle	orozco	Cantillo	3	7							A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17		
07																																		17		
08																																		17		
09																																		17		
10																																		17		
11																																		17		
12																																				
13																																				

TOTAL

TOTAL ALUMNOS / NIÑOS REGISTRADOS EN EL MENTOR

Verificación De Cobertura: TOTAL DE [illegible] DE [illegible]

TOTAL ALUMNOS AL FINAL DEL MENTOR

16

Willes Valencia

COORDINADOR(A) EA

Maria del Carmen Ladazori

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

O.K

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C C R

NIT: 8350009788-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7610612 2024

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria

SERVICIO DE ATENCIÓN: H. C. B

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Marie Zamora CC 66 942 431

Código CUENTAME UDS: 7610911123227 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Despertar

Dirección UDS: Kra 66A C117 MZ14-32 Casa 41 B1 El Cortán Teléfono UDS: 320 660 36 48

Hoja ___ de ___

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	1111206561	Noah T.	Pa Heyson	Arias	Cabiza	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	R					17		
02	RC	1113071719	Jeremy	José	Díaz	Rodriguez	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	e					17		
03	RC	#25254061	Joswa		Orobio	García	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	f					17		
04	RC	1150956110	Kilian	José	Grueso	Sinisterra	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	l					17		
05	RC	1150956741	Luis	Ángel	Rodriguez	Gonzalez	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	e					17		
06	RC	1151974973	Kailin	Paola	Condumi	Plaza	1	5		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	x					17		
07	RC	1235146139	Blanca	Kosem	Viveros	Mondragón	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	l					17		
08	RC	1235147233	Laura	Mariela	Aduviculta	Viveros	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	0					17		
09	RC	1111929091	Luz	Alayan	Palenque	Riascos	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	n					17		
10	RC	1191228328	Carlos	Emmanuel	Arboleda	Perlaza	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	P					17		
11	RC																																		
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

Marie Deilis 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

OK

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

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA: C.C RIO RAPOSO

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1612

MES: Noviembre 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zona BUENAVENTURA Muni: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Darys C. Sinisterra CC 38886867

Código CUENTAME UDS: 76109111 2383 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Peluches

Dirección UDS: Kr 21c-c126 22SN 230 Teléfono UDS: 3154374509

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES–VIERNES)	SEGUNDA (LUNES–VIERNES)	TERCERA (LUNES–VIERNES)	CUARTA (LUNES–VIERNES)	QUINTA (LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL DE ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL DE INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	TI	1115460765	Ailen	Selenny	Alomia	Rosendo	4	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A P	17		
02	TI	1196716662	Dailin	Miranda	Celorio	Angulo	4	10		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A I/d	17		
03	TI	1111527150	Angie	Sofia	Rodallega	Valencia	3	11		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A P/c	17		
04	TI	1113375059	Mia	Scarleth	Caamboa	Hurtado	4	0		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A a	17		
05	TI	1186716370	Mairy	Samantha	Rivas	Angulo	3	10		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A C/T	17		
06	TI	1113375894	Dinsy	Dailany	Celorio	Angulo	1	11		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A D/T	17		
07	TI	1235144685	Kendrick	Gael	Cambando	Murillo	4	11		A A A A A	A A A A A	A A A A P	17			
08	TI	1113375146	freddy	Etwen	Diaz	Angulo	4	11		A A A A A	A A A A A	A A A A e/d	17			
09	TI	1111927860	Carlos	Josue	Angulo	Valencia	2	6		A A A A A	A A A A A	A A A A a/g	17			
10	TI	1111928199	Jhon	Ever	Perea	Congora	2	3		A A A A A	A A A A A	A A A A a/g	17			
11	TI	1111929373	Luciana	Isabel	Querrero	Sinisterra	1	9		A A A A A	A A A A A	A A A A I/c	17			
12																
13																
													TOTAL			

Verificación	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	11
Verificación	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
Verificación	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Darys Consuelo Sinisterra
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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO

NIT: ___ 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 1612

MES: __ NOVIEMBRE 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓI 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

Regional: _____VALLE__ Centro Zona BUENAVENTURA Muni BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (MARLING RIASCOS CC #

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención__ C ARIÑITOS

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																												
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111925309	ADRIS	SAHARY	HURTADO	ANGULO	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
02	RC	1111926987	MIA	ISABELLA	RIVAS	URQUIZA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
03	RC	1111927928	BRAYAN	GAEL	BRAVO	CUERO	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
04	RC	1111928394	EYMAR	DAVID	BALANTA	VALENCIA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
05	RC	1113375599	LIAM	YOSUED	GAMBOA	RENTERIA	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
06	RC	1113375674	HARLEN	GABRIEL	VALENCIA	BONILLA	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
07	RC	1113376025	BREILY	PAOLA	RIASCOS	HERNANDEZ	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
08	RC	1115466746	HANNA	SOFIA	VALENCIA	HERNANDEZ	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
09	RC	1115467431	MEGHAN	ALEXANDRA	DELGADO	MONTAÑO	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
10	RC	1150955013	BRIAN	STEVEN	VALENCIA	COSSIO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
11	RC	1150956088	LIZ	ALANYS	LEMOS	CAICEDO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
12	RC	1234201036	CHRISTOPHER	JOEL	ASPRILLA	MINA	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
13	RC	1235145395	MIGUEL	ANGEL	RENTERIA	VALENCIA	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
																																		TOTAL			

TALLADO NÚMERO DE PERSONAS PRESENTES

Verificacion De Cobertura

TOTAL DE ASISTENCIAS MES

13 Wilbel Valencia C — COORDINADOR(A) EA

Marling 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.

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Noviembre 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 Yamileth Murillo CC: 38467636

Código CUENTAME UDS: 76109111236O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los guaduales

Dirección UDS: Trv 76 # 7-13 Teléfono UDS: 3227269702

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA MENSUAL		
									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	1235146279	Marian	Celeste	Aguilar	Vente	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	P						17		
02	1235145662	Mariangel		Bermudez	Aguirre	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I						17		
03	1196716219	Juan	Jose	Olave	Vallejo	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	1235145362	Luis	Antonio	Mosquera	Ojeda	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E						17		
05	0152558441	Ivan	Felipe	Mosquera	Ojeda	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	1119269 69	Jhon	Keiner	Valencia	Cancedo	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	C						17		
07	1119284 74	Mariana		Hanestroza	Nuñez	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			

TOTAL

7

Wilber Valencia C.

Ana Yamileth Murillo

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 ADMINISTRAD: C.C RIO RAPOSO
NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1612
MES: Noviembre 2025
MODALIDAD DE ATENC HCBF
SERVICIO DE ATENCIÓ 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Doris Amanda c 1111755928
Código CUENTAME UDS: 76109114283
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los Angelitos
Dirección UDS: Carrera 6E calle 5 b Sur / El Triunfo
Teléfono UDS: 3233799509

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		1150955027	Susana		Bravo	Medina	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
02		1150944880	Paula	Andrea	Mosquera	Rivas	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
03		1154658013	Braln	Nicol	Arboleda	Castro	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
04		1119279477	Hector	Ivan	Valencia	Valencia	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
05		1235144342	Angela	Celeste	Morales	Quiñonez	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
06		1150954439	José	Robert	Araujo	Cortes	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
07		1133755211	Liam	David	Molano	Cundumi	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
08		1150955473	Heyler	David	Rivas	Zuñiga	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
09		1113375450	Joel	Santiago	Reyes	Sanchez	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
10		1235145505	Yeicol	Andres	Balois	Morales	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
11		1150954662	Ruben	Andres	Panameño	Rodriguez	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
12		1115466104	Maroling	Lizbeth	Murillo	Bernal	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
13		1115465803	Angelo		Caicedo	Hurtado	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A							17		
																													TOTAL					

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

13

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Doris Amanda Rivas V
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 LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE: C.C RIO RAPOSO

NIT: 83500197 6-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1812

MES: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municip BUENAVENTURA

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

Código CUENTAME UDS: 76109111 22 54 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: la abeja maya

Dirección UDS: CL 101 M25 Teléfono UDS: 3182233125

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MES ASI		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1235145751	Sreden	Dalhir	Muroy	Cuero	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	A	A	J						17		
02		1101777348	Sara	Liseth	Riascos	Rivas	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Z						17		
03		1142526651	Antonella		Marin	Burgos	3	4	A	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	H	A	A	A	A	V						17		
04		1150955761	Anny	Saray	Suarez	Rivas	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R						17		
05		1235145091	Luz	Genith	Riascos	Rivas	4	9	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	H	A	A	A	A	A	R						17		
06		1235145561	Maikel	Alexander	Mancilla	Gutierrez	4	11	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	H	A	A	A	A	A	R						17		
07		1235145346	Daldan	-	Chocho	negria	4	4	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	H	A	A	A	A	H	D						17		
08		1235145786	Cristian	Jair	Sinisterra	Mina	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	J						17		
09		1235145860	Joseph	David	Bolaisaac	Rodriguez	4		A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S						17		
10		1235145943	Ariel	Emmanuel	Aduviada	Riascos	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	H	4						17		
11		1235146527	Addison	Jailanny	Rosero	Mosquera	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	H	A	C					17		
12		1235146277	Thiago	Rodriguez	Angulo		2	9	A	A	A	A	A	H	A	H	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
13																																		

TOTAL

Verificación De Cobertura: 12

Walter Valencia C.
COORDINADOR(A)

Sandra Paola
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FILMO12.PP | Versión 5 | 28/03/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE DEL CAUCA | Centro Zonal: BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA | Hoja __ de ____

MADRE COMUNITARIA (o): Diana Bonilla CC: 75366256

Código CUENTAME UDS: 7610911322 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Nueva Esperanza #2

Dirección UDS: TRV 47 A N5 puerta del cielo | Teléfono UDS: 3176573985

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Información del Usuario/Usuaria: Nombres del Usuario/Usuaria: Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellidos del Usuario/Usuaria: Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad: Años	Meses	Control Diario de Asistencia — Semanas: Primera (Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes)	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Total Mes Vencido	Causa de Retiro
01	RC	1113375525	Ronal	Josue	Riascos	Gonzales	2	9	F A A A A	A A A A	A A A A	A A A A	P	17	
02	RC	1235145532	Hansel	Issac	Mosquera	Arroyo	4	3	E A A A A	A A A A	E A A A	A A A A	L	17	
03	RC	1235145942	Karol	Michel	Candelo	Panameño	3	10	S A A A A	A A A A	S A A A	A A A A	A	17	
04	RC	1113375132	Juanes	Matey	Valencia	Mina	3	9	T A A A A	A A A A	T A A A	A A A A	N	17	
05	RC	1115666652	Eidan	Yaser	Herrera	Paz	4	2	I A A A P	A A A A	I A A A	A A A A	E	17	
06	RC	1119275553	Hervinen	Yair	Riascos	Angulo	2	8	V A A A A	A A A A	J A A A	A A A A	A	17	
07	RC	1190713979	Luis	Dael	Viveros	Anizares	4	9	O A A A A	A A A A	V A A A	A A A A	C	17	
08	RC	1076825173	Warlyn	Celeste	Angulo	Perea	3	8	A A A A	A A A A	O A A A	A A A A	I	17	
09	RC	1111 922 007	Kellin	Natiana	Rentería	Salas	3	4	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A	O	17	
10	RC	1111928 215	Janiel	Dael	Grueso	Castillo	2	5	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A	N	17	
11	RC	1113375079	Anuel	Bravo	Salas	Salas	4	10	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		17	
12	RC	1133375207	Keiler	Yorojo	Castillo	Castillo	4	3	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		17	
13															
14															
15															

TOTAL

Validado por: | Fecha: | Observaciones:

12

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C.R.R. FUDESOPAC SOL Y VIDA
NIT: 900264514-7 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76002632025
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PRESENCIAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Nini Johana Valencia CC 29229579
Código CUENTAME UDS: 76109112903 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Turpiales
Dirección UDS: Cra 59 # 11-28 6 de Enero Teléfono UDS: 3155365557

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLE, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL	
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS / CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1150955485	Angel	Mauricio	Yesquen	Solis	3	5	A A A A A A A A / - A A A A A A A A		17	
02	R.C	1150958770	Jade	Helieth	Cuero	Valencia	4	8	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
03	R.C	1150956267	Maria	Jose	Riascos	Mosquera	2	5	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
04	R.C	1150955230	Yari	Rubiela	Vivas	Sandoval	3	7	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
05	R.C	1150954125	Jhonan	Stailin	Orobio	Valencia	4	9	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
06	R.C	1235144590	Evony	Nicolle	Padilla	Garcia	5	2	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
07	R.C	1150951606	Jhon	Elder	Torres	Albornoz	1	11	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
08	R.C	1111922185	Carla	Gisel	Ruiz	Gonzales	2	11	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
09	R.C	1111955213	Thiago		Bonilla	Caceres	4	8	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
10	R.C	1234203880	Karin	Alaia	Waitoto	Bonilla	1	8	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
11	R.C	1119257779	Angel	Stiven	Campo	Amú	4	2	A A A A A A A A / A A A A A A A A		17	
12												
13										TOTAL		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS HERMANOS ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 AÑOS ASISTENTES	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Nini Johana Valencia C.
RESPONSABLE DE GRUPO 29229579

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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO

NIT: 835000978-7 NÚMERO DE CONTRATO: 1612

MES: NOVIEMBRE 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: VALLE Centro Zona BUENAVENTURA Muni: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Anllela luz Angul CC 1111751083

Código CUENTAME UDS: 76109000864 96 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención la Mano de Dios

Dirección UDS: Cra 66 Cll 15 B. Fortaleza Teléfono UDS: 3164665513

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	1235146747	Juisa	Fernanda	Bonilla	Granja	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
02	RC	1059049255	Keilin	Andrea	Riascos	Riascos	4		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
03	RC	1150953616	Yibel	Alana	Congo	Riascos	5	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
04	RC	1150954243	Emmanuel		Franco	Cosqueta	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
05	RC	1150954707	Liam	Demir	Estupiñan	Riascos	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
06	RC	1150955594	Maddison	Donnely	Solis	Caicedo	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
07	RC	1150956342	Iam	Jhoel	Tenorio	Salazar	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
08	RC	1235146525	Ethan	Gael	Mosquera	Panameño	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
09	RC	1235146610	Yostin	Josue	Medina	Riascos	5	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
10	RC	1115466697	Arianna		Garcia	Grueso	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
11	RC	1150955393	Eliam	David	Asprilla	Alomia	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A						17		
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

Anllela luz Angulo M
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 Clasificación de la Información: Pública	29/05/2018 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Betty Angulo L. CC 66939122

Código CUENTAME UDS: 76109001191153 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pitufos

Dirección UDS: Cl 66 coll 15 Bn Fortaleza Teléfono UDS: 3166238234

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	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	1235147706	Maria	Jose	Angulo	Castillo	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	3					17		
02	RC	1109576575	Gian	Carlos	Valenzuela	Viente	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	2					17		
03	RC	1235146031	Juan	Pablo	Grueso	Patiz	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
04	RC	1150955737	Kristen	Mariana	Valencia	Calcedo	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	d					17		
05	RC	1235144711	Yerit	Jadiel	Valencia	Herrera		5		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
06	RC	1150954478	Zoe	Adhara	Papayan	Ortiz	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	p					17		
07	RC	1150954449	Lia	Charlott	Riascos	Cuero	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
08	RC	1191227461	Brawyoni	Luciana	Hurtado	Enriquez	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
09	RC	1150954623	Jose	Luis	Hurtado	Hurtado	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
10	RC	1107542474	Eiken	Sireh	Moreno	Zamora	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	a					17		
11																																		
12																																		
13																																		

10

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Betty Angulo Lima
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es tomada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS RECOPILADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y 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 ADMINISTRAD C.C RIO RAPOSO

NIT: ___ 835000978-7 **NÚMERO DE CONTRATO:** _____ 1612

MES: __ NOVIEMBRE 2025

MODALIDAD DE ATENC HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN 8 AMM A 4 PM

IDENTIFICACIÓN Hoja ___

Regional: _____VALLE__ **Centro Zonal** BUENAVENTURA **Muni** BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a ANITA GARABITO **CC ##** 35805494

Código CUENTAME UDS: _____ **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_** MILASITA

Dirección UDS: _____ **Teléfono UDS:** _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																														TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA											
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES						
01	RC	1078693772	DENNYS	JULIAN	ORTIZ	GARABATO	5	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
02	RC	1078693836	WILFE		GARABATO	CUERO	5	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
03	RC	1078694009	LUIS	FELIVIAN	CHICHILIANO	GARABATO	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
04	RC	1078694084	MARLYN		GARABATO	CUERO	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
05	RC	1078694288	TALIA		DONISABE	GARABATO	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
06	RC	1078694480	GILDER		GARABATO	DONISABE	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
07	RC	1078695112	JHON	JAIR	CHICHILIANO	GARABATO	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
08	RC	1078695133	CARLOTA		CUERO	CHAMAPURO	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
09	RC	1078695226	ALAN	IKLER	ORTIZ	GARABATO	1	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
10	RC	1078695251	JUANFER		GARABATO	CHAMAPURO	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
11	RC	1149469210	MARTIN	ELIAS	QUIRO	CHIRIVICO	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
12	RC	1196716150	CHRISTOFER		GARABATO	DONISABE	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A										17
																																						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	

12 wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL C.C RIO RAP IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____

NIT: _____ 835000978-7 NÚMERO DE CONTI 1612

MES: _____ NOVIEMBRE 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ___ HCBF

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ 8 AMM A 4 PM

Regional: _____VALLE__ Centro Zonal _____ BUENAVENTURA Munici BUENAVENTURA

Nombre Agente E: LEIDI JOHANNA RIASCOS CC___ 1111759069

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad (LOS ANGELITOS

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111927016	JAINARA	JHAYLEND	GONZALEZ	ARDILA	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
02	RC	1111929185	JOSE	ANGEL	SALAZAR	ANGULO	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
03	RC	1113374125	LUIS	GAEL	RIASCOS	RIASCOS	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1113375006	ALAN	JOHANY	SALAZAR	ANGULO	5	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
05	RC	1150953983	DANIEL		MARTINEZ	RAMIREZ	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	RC	1196716593	JHOAN	GAEL	HRUTADO	ADVINCULA	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A						17		
																																	17		
																																	17		
																																	17		
																																	17		
																																	17		
																																	TOTAL		

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

6
COORDINADOR(A) EA

LEIDY JOHANA 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

01-

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Raposo
NIT. NÚMERO DE CONTRATO: 76016122024
MES: Noviembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: DE 8:00 AM A 4:00 PM

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Luz Mestizo CC: 66.747.858
Código CUENTAME UDS: 7610911113089 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Amiguitos
Dirección UDS: San Antonio Teléfono UDS: 316 842 72 03

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				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115467131	Kiara	Nairoby	Marquez	Segura	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	T						17		
02	RC	1113375057	Hilary	Michel	Montaño	Castro	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	D						17		
03	RC	1150755577	Keiry	Shirley	Castro	Caicedo	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
04	RC	1150755453	Dara	Nellisse	Renteria	Riascos	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	B						17		
05	RC	1115467870	Joisy	Alanna	Valencia	Gamboa	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
06	RC	1115467514	Jhon	Darrell	Marquez	Segura	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	J						17		
07	RC	1111924835	Eimy	Sofia	Caicedo	Zuñiga	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	O						17		
08	RC	1115466975	Eilyn	ZOE	Vente	Mina	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	D						17		
09	RC	1235145509	Eleen	Aldaira	Riascos	Rodriguez	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	E						17		
10	RC	1150156704	Kilian	Jose	Jimenez	Zuñiga	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	D						17		
11	RC	1235144927	Cataleya		Dugue	Renteria	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A						17		
12	RC	1234201171	Cataleya		Cortes	Tavera	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	G						17		
13																																			
																																TOTAL			

Cantidad de Cupos	DIAS MAXIMOS ASISTENCIA MENSUAL	
	CANTIDAD MAXIMA DE INASISTENCIAS MENSUALES	12
	TOTAL NIÑOS/AS ASISTENTES	

Wilber Valencia Q.
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 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	F6.MO12.PP Versión 6	1/06/2018 Página 1 de 1
FUNDACION		Clasificación de la Información: Pública	Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario de Hapoes
NIT: 8300009/8 NUMERO DE CONTRATO: 7610122021
MES: Noviembre AÑO: 2021
MODALIDAD DE ATENCION: HCB FAMILIAR COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONALD

IDENTIFICACION
Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): CC:
Código CUENTAME UDS: 7610900122661 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA BUENA FE
Dirección UDS: Teléfono UDS: 2439422.

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																	TOTAL ASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	RC	1056056587	CARLOS	MANUEL	SALAS	SINISTERRA	3	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	17	
02	RC	1111926530	CHISTYAN	DANIEL	BRAYAN	BRAVO	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	C	17	
03	RC	1113374166	DANIA	NAHIARA	MORENO	JORIS	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	T	17	
04	RC	1116467376	EMMANUEL		DELGADO	GARCES	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	VI	17	
05	RC	1116467066	ALLAN	YESID	CACIEDO	SOLIS	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	D	17	
06	RC	1116468023	GLORIA	ISAMAR	CUERO	QUIÑONES	1	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	17	
07	RC	1117361073	ANA	VALENTINA	MONTENEGRO	CASTAÑO	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	D	17	
08	RC	1126144775	KENNER	ANDRES	DURAN	QUIÑONES	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	DII	17	
09	RC	1144066523	EDER	DANIEL	RENTERIA	GONZALEZ	3	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	60	17	
10	RC	1150066537	LEYNER	DAVID	MURILLO	SALAZAR	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	D2	17	
11	RC	1150066606	JEICOB	DAVID	MURILLO	SOLIS	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	C	17	
12	RC	1236146274	SHAIRA	MICHEL	RODALLEGA	PANAMEÑO	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	17	
13	RC	1236147161	ANDRES	FELIPE	GOMEZ	HURTADO	2		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	17	
																																TOTAL		

Verificar con De Cobeto 13

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Maria Luisa Valencia Sinisterra.
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

FEMN012.PP
Versión 8

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT: NÚMERO DE CONTRATO:

MES: NOV. AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: B/ Ventura Municipio: B/Ventura Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Yesenia Mina CC: 1111743580

Código CUENTAME UDS: 76109111022 47 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Tortuguitas

Dirección UDS: TV - 47 - 15 - 10 La cima Teléfono UDS: 3235068266

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	SEMANAS: PRIMERA (1 2 3 4 5)	SEGUNDA (1 2 3 4 5)	TERCERA (1 2 3 4 5)	CUARTA (1 2 3 4 5)	QUINTA (1 2 3 4 5)	TOTAL ASISTENCIA
01	Rc	1150956931	Jhoan	David	Gamboa	Valencia	2	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
02	Rc	1235146283	Luz	Keisy	Ospina	Valencia	3	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
03	Rc	1115466243	Nyan	Sehoi	Riascos	Salazar	5	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
04	Rc	1067530665	Anny	Ariana	Quiros	Choque	3	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
05	Rc	1111924889	Britany	Gissel	Bantaria	Bantaria	5	2	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
06	Rc	1111926383	Genesis	Jireth	Victoria	Bantaria	4	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
07	Rc	1111927866	Thamara		Lasso	Candelo	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
08	Rc	1235146964	Keyly		Valencia	Chacho	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		17
09														
10														
11														
12														
13														

TOTAL

Verificación De Cobertura

8

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) E.A.

Yesenia Mina Mosquera
FIRMA DOCENTE 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.3012.PP | Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CCR.
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 7616122024
MES: 11 AÑO: 25
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Bfura Municipio: Bfura
Nombre Agente Educativo: OMAIRA DIAZ MINA CC: 29227787
Código CUENTAME UDS: 7609111227 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caritas felices
Dirección UDS: La playita Teléfono UDS: 3174683463

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1192222210	Diana	Marcela	Mina	Mondragon	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
02	RC	1154657905	Eilin	Ariadna	Carcedo	Vente	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
03	RC	1133747676	Emma	Loanny	Valencia	Cachimbo	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
04	RC	1154745430	Luis	Santiago	Valencia	Rentería	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
05	RC	1144100233	Anthony	Sait	Angulo	Medina	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
06	RC	1154658909	Tiago		Viveros	Mondragon	5	-		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
07	RC	1133768813	Ailyng	Sofia	Cortes	Cuero	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
08	RC	1154657905	Luisa	Samary	Carcedo	Vente	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
09	RC	1154657905	Eilan	Dahel	Granja	Garces	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
10	RC	1146761611	Kervin	Damian	Peñaza	Solis	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
11	RC	1116546613	Steban	David	Balanta	Sanches	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A								
12	RC	1233282553	Jeremi	Sait	Riascos	Riascos	1	10		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 5 AÑOS ASISTENTES
Verificación De Cobertura — TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES
TOTAL MUJERES GESTANTE ASISTENTES

12

Wilber Valencia C.
COORDINADOR(A) EA

Ely Leida Cuero Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FO-P017 PP | 29/03/2018
Versión 6 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____

NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____

MES: Noviembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____ Centro Zonal: _____ Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): Doris angola 31488532

Código CUENTAME UDS: 76104111324 7 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bienvenidos

Dirección UDS: TRV-92 D6 11-58 Nuevo amanecer Teléfono UDS: 3186805178

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MOMENTOS	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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		
1	R	1793764	Itellin	Thaliana	Cuenca	Suarez	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	R						17	
2	R	1022914	Edier	Samir	Rivas	Caicedo	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	C						17	
3	R	1114275	Kelner		Siniestrro	Diaz	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	F						17	
4	R	1150804	Tian	Andres	Mosquer	Siniestrro	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E						17	
5	R	1153744	Breiner	Jhoel	Estacio	Valencia	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	X						17	
6	R	1110916	Jael	Adhara	Riascos	Hurtado	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	I						17	
7	R	1026604265	Sharlot	Alexa	Riascos	Suarez	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	O						17	
8	R	1119660	Luis	Mateo	Siniestrro	Valencia	4	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	N						17	
9	R	1006734	Luis	Adrian	Renteria	Bonilla	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	P						17	
10	R	1235475	Carlos	Estiben	Cardenas	Angulo	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	O						17	
11	R	1114466	Keiler	Gael	Caicedo	Riascos	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A						17	
12	R	1235486	Dayrin	Teresa	Montaño	Cordoba	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A						17	
13																																		

TOTAL: 12

Wilber Valencia C.
COORDINADOR/A ÁREA

Doris maria angola
FIRMA 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

