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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

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

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1,079,510,323	MATIAS		OCHOA	SANCHEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
02	RC	1,079,510,263	JUAN	JOSE	HERRERA	TORRES	4	5	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
03	RC	1,079,510,282	THOMAS	ALEJANDRO	TRUJILLO	CHAVARRO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
04	RC	1.079.510.371	MAIOL		BETANCOHURTH	RIOS	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
05	RC	1,079,413,790	KRISTEN	ANTONELLA	ORTEGA	GUARACA	1	10	A	I	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A						16	3	
06	RC	1,079,510,369	ALAN		GOMEZ	HERRERA	3		A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						17	2	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	107	7	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Lidia Consuelo pobre.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT:900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES:FEBRERO AÑO:2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): MELIDA PERDOMO MEDINA CC:26529546
Código CUENTAME UDS: 4179700068579 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB MIS IDEAS
Dirección UDS: CARRERA 15 # 7-30 BARRIO LA CAMPIÑA Teléfono UDS:3143332340

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1145832794	LAYRA	SOFIA	BARRERA	CAMAYO	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A	A						17	2	
02	RC	1079510374	DULCE	MARIA	MEDINA	CUELLAR	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1079413637	ABIGAIL		LIZCANO	MESA	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
04	RC	1145832846	ABBY		SANCHEZ	VARGAS	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1079510310	JOSSE	JHOEL	ILLERA	CUELLAR	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1079510324	JULIAN	DAVID	ALVARADO	TORRES	3	8	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A						17	2	
07	RC	1079510393	THIAGO		MAYORCA	TRUJILLO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1079510376	CATALINA		MAFLA	MONTILLA	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1077740734	AARON	DAVID	TORRES	ORTIGOZA	2	6	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
10	RC	1145833528	ARIADNA	MARIA	TIERRADENTRO	VARGAS	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						18	1	
11	RC	1145739783	MARIANGEL		LEITON	NUÑEZ	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	RC	1079510450	LAHIAM		SANCHEZ	VARGAS	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I						17	2	
13	RC	1079510302	GAHEL	HERNAN	CHAVARRO	QUIVANO	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	237	10	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Melida Perdomo Medina
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT 9000274551-0 NUMERO DE CONTR/ 41007012024
MES FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCION : MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB -A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): OLGA ROCIO QUINA VARGAS **CC:** 26471634
Codigo CUENTAME UDS 4179700068639 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad e Atención:** LOS PATICOS
Dirección UDS: CLL 6 #- 7-31 B/ INMACULADA **Teléfono UDS:** 3203976011

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1084870852	KAREN	DAHIAN	FANDIÑO	CHAVEZ	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		19	0	
02	RC	1079413521	GABRIELA		LADINO	CHARRY	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		19	0	
03	RC	1079413750	ERICK	JOSE	QUINTERO	TRUJILLO	2	2	A A A A A	X A A A A	A A A A A	X A A A		17	2	
04	RC	1079413571	IDAN	STHIFER	QUINTERO	LEIVA	3	8	A A A A X	A A A A A	A A A A A	A A A A		18	1	
05	RC	1079413444	JERONIMO		CASTRO	ANDRADE	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A X	A A A A		18	1	
06	RC	1079413520	LIAM	JESSE	CASTRO	GONZALEZ	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A X A	A A A A		18	1	
07	RC	1079413733	ANGEL		ALARCON	CHARRY	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		19	0	
08	RC	1084871057	LIAN	MATIAS	GONGORA	SANCHEZ	2	3	A A A A X	A A A X A	A A A A A	A A A A		17	2	
09	RC	1079413705	ERICK		GARCES	GONZALEZ	2	7	A A A X A	A A A A A	A A A X A	A A A A		17	2	
10	RC	1079413462	KALETH		PEREZ	GONZALEZ	4	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		19	0	
11	RC	1079413644	VICTOR	MANUEL	TOLEDO	TRUJILLO	3	2	A A A A A	A A A A A	A A A A X	A A A A		18	1	
12	RC	1079413498	DYLAN	FELIPE	CASTRO	TRUJILLO	4	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A		19	0	
13	RC	1079413578	DANIEL	SANTIAGO	VELA	GULTERO	3	8		A A A A A	X A A A A	X I A A		11	8	
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	229	18	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Olga Rocio Quina 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 A LA LEY 1581 DE 2012

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT:900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES:FEBRERO AÑO:2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Hoja _ 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079413697	ERIK	SANTIAGO	VARGAS	GARCIA	2	8	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
02	RC	1081426824	LUCIANA		TIERRADENTRO	OLAVE	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
03	RC	1081426640	IAN	GABRIEL	MUELAS	CUENCA	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
04	RC	1079510281	JULIAN	DAVID	MONJE	OLAVE	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
05	RC	1081427374	DARIANA	ANTHONELLA	CHANTRE	OLAVE	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
06	RC	1079510386	ERICK	SAMIR	QUINTERO	OCHOA	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
07	RC	1081427556	MARIA	FERNANDA	CHACON	CUCHIMBA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
08	RC	1079510460	MARIANA		TIERRADENTRO	OLAVE	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
09	RC	1145832982	Kevin	santiago	chantre	Sanza	3	3																A	A	A	A						4	15	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	170	1	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Lida patricia Cano
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): YULIANA ROCHA USA CC: 1084869609
Código CUENTAME UDS: 4179700068627 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB CHIQUILLADAS
Dirección UDS: CASA 14 BARRIO PORVENIR-PACARNI-TESALIA Teléfono UDS: 3223587618

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079413537	DANNA	MICHELL	PERDOMO	CASTILLO	4	0	A A A A A I A A A A A A A A A A		18	1	
2	RC	1079413526	IAN	SANTIAGO	PERDOMO	HERNANDEZ	4	2	A A A A A A A A A A		10	9	V
3	RC	1077255011	MARIA	ISABEL	VILLEGAS	PERDOMO	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
4	RC	1084870872	JUAN	SEBASTIAN	PERDOMO	MARROQUIN	3	8	A A A A A A A A A A I A A A A A		18	1	
5	RC	1247368190	ELIZABETH	SOFIA	GUTIERREZ	DAAL	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
6	RC	1075811679	DAMIAN		VELA	HRNANDEZ	2	11	A A A A A A A I A A A A A A A A		18	1	
7	RC	1081427909	NEILY	ADALET	VARGAS	CASAMACHIN	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
8	RC	1081428232	MARIA	ISABEL	SALAZAR	PERDOMO	2	5	A A A A A I A I A A A A I I A A I A		14	5	
9	RC	1084871049	LITZY	SAMARA	ROCHA	USA	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10	RC	1079413758	DYLAN	ALEXIS	PERDOMO	CASTILLO	2	1	A A A A A A I A A A A A A A A I A		18	1	
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	77	18	

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:	

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Yuliana ROCHA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	8/28/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB- A- FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.079.510.299	EVELIN	LUCIA	RUMIQUE	PARDO	4	2																A	A	A							3	16	
02	RC	1.119.896.901	BRANYELIS	ALEXANDRA	VALDERRAMA	CUEVAS	4	2																A	A	A							3	16	
03	RC	1.119.896.900	HIAN	GAEL	VALDERRAMA	CUEVAS	2	6																A	A	A							3	16	
04	RC	1.079.510.335	JUAN	DAVID	MUÑOZ	PAJOY	3	6																A	A	A							3	16	
05	RC	1.145.833.201	JUAN	SEBASTIAN	TRUJILLO	CAMERO	3																	A	A	A							3	16	
06	RC	1.079.510.275	BRAYAN	DUVAN	ACHICUE	CUETOCHAMBO	4	7																A	A	A							3	16	
07	RC	1.079.510.348	DEIENR	ANDREY	ACHICUE	CUETOCHAMBO	3	4																A	A	A							3	16	
08	RC	1.080.268.329	DAMIAN	ALEXANDER	PENNA	SALGADO	4	8																A	A	A							3	16	
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	24	128	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Carmen Juliana Vargas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT:900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 4 41007012024
MES: FEBRERO AÑO:2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079509339	GUADALUPE		GARCES	ALVARADO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
02	RC	1079510385	EMMA	VIOLETTA	CASTIILLO	SOLARTE	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
03	RC	1079408012	LIAM	STEEVEN	ROJAS	TOVAR	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	I	I	I	I							13	6	
04	RC	1079510343	JHONIER	ALEXIS	SANCHEZ	ROJAS	3	4						A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A							12	7	
05	RC	1100898143	KAREN	SOFIA	ORTIZ	SILVA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
06	RC	1079510354	MARIA	JOSE	MOSQUERA	CASTRO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A						17	2	
07	RC	1079510416	NORBEY		MENDEZ	ALVARADO	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
08	RC	1079510273	VALERIA		ILLERA	MONJE	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
09	RC	1079510360	JERONIMO		BORRERO	GONZALEZ	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
10	RC	1079510337	EVELYN		ORELLANA	IQUIRA	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
11	RC	1079510399	THIAGO		LLANOS	AREVALO	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
12	RC	1079510444	JHOSLEVIN	ADRIAN	MARIN	IQUIRA	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		I	A	A	A	I	A	A	A	A						15	4	
13	RC	1079510320	ANDRES	ESTEBAN	TRUJILLO	GASCA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						17	2	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
																															TOTAL	218	29	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Leidy Johana castro Rios
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN

Hoja _1_ de _1_

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
02	RC	1079510312	JUAN	JOSE	ILLERA	CUELLAR	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	I	A	A	A	A	A	A						17	2	
03	RC	1079510325	ANGEL	DAVID	CHANTRE	CUELLAR	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1145833158	MARIA	JOSE	CAMPO	MANRIQUE	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
06	RC	1079510363	ERICK	JOSE	YACUHECHIM	CUETOCHAMBO	3	2	A	A	A	A	I	A	A	A	A	I	A	I	A	I	A	A	A	A	A						14	3	
07	RC	1079510297	LYAN	STIVEN	CHAVARRO	CUELLAR	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	107951|0375	ERICK	SANTIAGO	CAMERO	ILLERA	3	5	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A						17	2	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	104	8	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Francy Yamilen Perdomo Cuéllar
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 410070 41007012024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			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	1079510345	LIAM	DAVID	TIERRADENTRO	FLOREZ	3	4	A	A	A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	I	A	A	A						16	3	
02	RC	1079510313	RAFAELLA		ROJAS	MENDEZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A						18	1	
03	RC	1250698232	JUAN	SIMON	GONGORA	TRUJILLO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A						17	2	
04	RC	1079510336	EMMA		PERDOMO	DURAN	3	5	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	I	A	A	I	A							15	4	
05	RC	1077883256	MAXIMILIANO		MARIN	RUIZ	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
06	RC	1079510311	LIAN	GAEL	SERRATO	SANCHEZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						18	1	
07	RC	1079510417	ANA	LUCIA	RAMOS	CEDEÑO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A						18	1	
08	RC	1081427774	SANTIAGO	FELIPE	CASTILLO	BARRERA	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
09	RC	1029892501	ANGEL	FELIPE	CHAVARRO	CALDERON	3	2	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
10	RC	1145833309	HAIMI		CUJIA	CHAVARRO	2	8	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
11	RC	1081427178	MIA	CELESTE	CAMERO	MENDEZ	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	193	16	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Nury Rocio Campo S
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007052024
MES: FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB -A-FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** TESALIA HUILA
Nombre Agente Educa: MARLY YOHANA PEREZ RAMOS. **CC:** 36314863
Código CUENTAME UDS: 4179700067164 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** EL BOSQUECITO
Dirección UDS: CALLE 3A #9-22 BARRIO CANADA **Teléfono UDS:** 3195169245

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079413653	HANNA	EILEEN	BADILLO	GOMEZ	2	0	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
02	RC	1079413640	IAN	ALEXIS	YUCUMA	MARINEZ	3	2	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
03	RC	1079413626	ALEJANDRO		OTECA	ANDRADE	3	2	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
04	RC	1079413563	SAMARA		BASTIDAS	ANDRADE	3	8	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
05	RC	1079413650	ADAM	GABRIEL	RAMOS	LOPEZ	3	1	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A							17	2	
06	RC	1079413698	MAXIMILIANO		CASTRO	ROJAS	2	6	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A							17	2	
07	RC	1079413566	MARIA	GABRIEL	AMEZQUITA	SANTOS	3	9	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
08	RC	1059768557	DEREK	EMMANUEL	GURRUTE	SALAZAR	3	3	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
09	RC	1145833161	SANTIAGO		ALMARIO	RUIZ	3	0	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A							17	2	
10	RC	1076928271	JEREMY	ALEXIS	SANCHEZ	ANDRADE	3	9	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
11	RC	1079413639	ARIADNNA		HERNANDEZ	CERQUERA	13	1	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
12	RC	1079413595	ISABELLA		BADILLO	VILLEGA	3	5	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A							15	4	
13	RC	1145833798	ADRIEL	JESUS	CERON	BRAND	1	10	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																													TOTAL			228	19	

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

Yuly Jimena Cerquera
COORDINADOR(A) TA

Marly Yohana Perez Ramos.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMI: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079413685	LAUREM	SOPHIA	GONZALEZ	GONZALEZ	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
02	RC	1079413670	EMANUEL	LEANDRO	SUNS	BAUTISTA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
03	RC	1081427790	JUAN	PABLO	RAMOS	ANACONA	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
04	RC	1079413636	EVELYN	YULIETH	ANDRADE	SANCHEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
05	RC	1075811177	ASLY	GABRIELA	CORTES	RAMIREZ	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
06	RC	1077740244	ESTIBEN	EMILIANO	CORTES	SANCHEZ	3	8	I	I	A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A						13	6	
07	RC	1079413558	ICETH	DAHIARA	GARCIA	ROA	3	11	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
08	RC	1084926398	EILYN	LISETH	ROJAS	AMESQUITA	4	1	I	I	A	A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	I	A	I	A						11	8	
09	RC	1084870761	IKER	SANTIAGO	CERQUERA	CEDEÑO	4	4	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A						16	3	
10	RC	1079413476	STEVE	ALEJANDRO	MARINEZ	LEAL	4	5	A	A	A	A	A	I	I	A	A	I															7	3	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																													TOTAL			160	21		

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:	

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Yeinzy C Monje P.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 410 41007012024
ME: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): YAZMIN SANCHEZ CC:52272363
Código CUENTAME UDS: 4179700067192 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB LOS ENANITOS
Dirección UDS: CALLE 2 # 9-65 BARRIO LIMONAR BAJO Teléfono UDS: 3155266183

Hoja 1 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
			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	1079413561	VALERY	LUCIANA	CHALA	CHIMBACO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
02	RC	1079413767	DANNA		TRUJILLO	CASTILLO	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
03	RC	1140940356	EMILY	JHOANNA	MANQUILLO	BELTRAN	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
04	RC	1079413737	ALAIA		BASTIDAS	CASTILLO	2	4	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								17	2	
05	RC	1079413651	ALLISON		LUNA	HENAO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
6	RC	1079413746	YURI	ANTONELLA	LEIVA	CABRERA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
07	RC	1079413826	STEFANY	JULIETH	CHALA	CHIMBACO	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
08	RC	1145833432	NAHIARA	LUCIA	PERDOMO	EPIA	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
09	RC	120698284	SAMUEL		CABRERA	RESTREPO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
10	RC	1079413474	IAN	ZAID	BLASQUEZ	BAHAMON	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
11	RC	1079413722	MAXIMO		GOMEZ	CASTILLO	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A	A	A	A								17	2	
12	RC	1077256288	MAXIMO	JESUS	YUCUMA	CABRERA	2	9	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A								16	3	
13	RC	1079413734	ALEJANDRO		LEIVA	CORTES	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A								18	1	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																														TOTAL	230	17	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

yazmin sanchez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :____ FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB-A-FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: T NATAGA
Nombre Agente Educativo (a): MAYERLY RIVERA MUÑOZ CC: 1 C.C 1084867250
Código CUENTAME UDS: 417 48300038944 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB CH LOS PITUFOS
Teléfono UDS: 3123471813

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1084580021	ARIANA	CELESTE	IPIA	YAIMA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
2	RC	1084580193	ERICK	MATIAS	IPIA	YAIMA	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
3	RC	1145832591	ANDRES	FELIPE	QUIGUANAS	AREBALO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
4	RC	1084580018	EILEEN	THALIANA	DIAZ	ALVAREZ	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
5	RC	1079413487	BRIHANA	SALOME	DIAZ	PEREZ	4	4	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
6	RC	1084579955	ADRIAN	YOHEL	VELASCO	DIAZ	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A	A						17	2	
7	RC	1145833935	ALAN	MATHEUS	LIPONCE	QUINTERO		18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	I	A	A						17	2	
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	128	5	

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

Yuly Jimena Cerquera A — COORDINADOR(A) EA

Mayerly Rivera Muñoz — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	8/28/25
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 1	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451-0 **NÚMERO DE CONTRATO:** 41007012024
MES: FEBRERO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB -A- FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Hoja _1_ de _1_
Regional: Huila **Centro Zonal:** La Plata **Municipio:** TESALIA
Nombre Agente Educativo (a): RUBIELA VARGAS VILLEGAS **CC:** 26470966
Código CUENTAME UDS: 4179700068601 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** BULLICIOSOS
Dirección UDS: CRA- 5 # 6-09 **Teléfono UDS:** 3112379964

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	1079413562	ANALIA		VARGAS	ACEVEDO	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
02	RC	1145738949	LINDA	LIANETH	MORENO	GONZALEZ	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
03	RC	1079413619	AILEN	ADHARA	CASAS	ANDRADE	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
04	RC	1079413638	IVETT	SOPHIA	REINA	CHANTRE	4	1	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A						17	2	
05	RC	1075811367	HELLEN		RIASCOS	YUCUMA	3	2	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
06	RC	1079413635	JEYCOB		SALAZAR	VARGAS	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
07	RC	1079413676	MARTIN		PAEZ	POLANIA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
08	RC	1077254731	LUCIANA		ALARCON	PARK	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
09	RC	1077256596	LIA		LIZCANO	CERQUERA	2	5	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
10	RC	1079413711	YEILY	ANTONELLA	CASAS	ALZATE	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
11	RC	1079413594	EILYN	LUCIANA	PENA	SANCHEZ	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
12	RC	1079413646	IVAN	JESUS	PERDOMO	LEIVA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A						18	1	
13	RC	1072433702	SARA	ELIZABETH	SANDOVAL	LADINO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																													TOTAL			241	6	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Rubiela Vargas V.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es solo informativo CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): ANDREA BENAVIDES L. C.C. 1.079.411.231
Código CUENTAME UDS: 415181139828 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS EXPLORADORES DEL MEDIO
Dirección UDS: CALLE 2 No. 8 - 42 Teléfono UDS: 3208827778

Hoja ___ de ___

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	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	1079412333	MAXIMILIANO		ZUÑIGA	RAMIREZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1079510437	VAYOLETH		ORTIZ	ROJAS		23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						18	1	
03	RC	1079510319	ARANZA		LIZCANO	ANDRADE	3	10	A	A	A	A	A	A	I	I	I																6	13	V
04	RC	1079413679	GELEANNA		GUERRERO	CASTRO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1079510332	ARANZA	KATHALEYA	PLAZAS	VILLAREAL	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1061832184	HANNA	SARITH	FERNANDEZ	CHACUE	3	2	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
07	RC	1084580065	MARIA	CELESTE	GUARACA	ILLERA	3	5	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
08	RC	1079510395	JOEL	CAMILO	ORTIZ	ILLERA	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1079510364	SALOMON		SANCHEZ	SOLARTE	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1079510402	JOEL	DAVID	CAMERO	RAMIREZ	2	5	I	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A						15	4	
11	RC	1077256749	ARIANNA		CABRERA	TORRES	2	3						I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						13	6	
12	RC	1079510411	HANNA	VICTORIA	GUEVARA	CAMPOS	2	3											A	A	A	A	A	A	A	A	A						9	10	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	192	36	

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

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Andrea Benavides Loaiza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GRUPO LIBERTAD
NIT: 900027451 - 0 NÚMERO DE CONTRATO: 41007012024
MES: AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Municipio: PAICOL
Nombre Agente Educativo (a): ANGELA SOFIA CERQUERA C. C.C. 26,529,601
Código CUENTAME UDS: 4151800039139 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFOS
Dirección UDS: CALLE 7 No. 3 - 03 B. LAS DELICIAS Teléfono UDS: 3184775193

Hoja ___ de ___

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	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	1.145.833.520	ARIADNA		ULLUNE	TIERRADENTRO	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A							18	1	
02	RC	1,077,257,222	HELEN	SOFIA	LOSADA	CABRERA		18	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A						A	A	A	A							9	10	V
03	RC	1,079,510,419	SERGIO	MIGUEL	DURAN	FERNANDEZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19	0	
04	RC	1,079,510,431	ADRIAN	MARTIN	CADENA	MOREA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19	0	
05	RC	1.079.510.326	SARA	VICTORIA	TRIANA	TIERRADENTRO	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A							18	0	
06	RC	1,079,510,401	ANTONELLA		CABRERA	OCHOA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19	0	
07	RC	1,079,510,373	SOL	ARIANA	VASQUEZ	RIASCOS	3		A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A							17	2	
08	RC	1,245,478,068	JUAN	ALEJANDRO	GARZON	NAVIA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														12	7	V
09	RC	1,079,510,318	MARTIN	ELIAS	CHAVARRO	ILLERA	3												A	A	A	I	A	I	A	A	A							7	12	
10	RC	1,079,510,367	JUANA	VALENTINA	VALLEJO	GARCIA	3												A	A	A	I	A	I	A	A	A							7	12	
11	RC	1,079,510,319	ARANZA		LIZCANO	ANDRADE	3												A	A	A	A	A	A	A	A	A							9	10	
12	RC	1,074,108,181	THIAGO		COSTO	ALVARADO	2												A	A	A	A	A	A	A	A	A							9	10	
13	RC	1,079,510,439	ARANZA		ALVARADO	CHAVARRO	1	11											A	A	A	A	A	A	A	A	A							9	10	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 8 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Yuly Jimena Cerquera A
COORDINADOR(A) EA

Angela Sofia Cerquera Cabrera
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