BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	22/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación dela Comunidad Unidos Caffin
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. R. B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Iris Polo S.
Código CUENTAME UDS: 1300-1000-9397
Dirección UDS: El Educador 51 Buenos aire # 76
Centro Zonal: Industrial-Ayuda Municipio: Cartagena
CC: 45-686-741
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar Comunal
Teléfono UDS: 3045004257
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1253658170	IAN	GAEL	OROZCO	BANQUEZ	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A J A A A A A	19	0	
02	RC	1201291118	ALANNA	PAOLA	ROBLES	GUTIERREZ	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
03	RC	1143421179	MATHIAS	DE JESUS	IBAÑEZ	DIAZ	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A r A A A A A	19	0	
04	RC	1042597690	RAUL	SANTIAGO	PUELLO	TOVAR	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
05	RC	1042597689	FELIX	DAVID	PUELLO	TOVAR	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
06	RC	1201292432	ALEJANDRO	JOSE	MONTES	VILLAREAL	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
07	RC	1043345344	ILAN	SANTIAGO	MATOS	JULIO	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
08	RC	1043345882	ADRIANA	LUCIA	MATOREL	MORALES	1	10	A A A A A A A A I I A A A A A d A A A A A	17	2	
09	RC	1249070247	WIZLEIBIS	NAZARETH	FRIOL	VILLARROEL	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A e A A A I I	17	2	
10	RC	1201292531	ANTONELLA		GUTIERREZ	SILGADO	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
11	RC	1249070603	EILIM	HELENA	SUAREZ	ALVAREZ	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
12	RC	1235053539	GABRIELA	ISABEL	ESQUIAQUIS	VASQUEZ	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A g A A A A A	19	0	
13	RC	1143423851	BENJAMIN	ANSELMO	HERRERA	CABARCAS	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A d A A A A A	19	0	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 234

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

COORDINADOR(A) EA

Iris Polo Salgado
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ______
NIT: 800188 9920 NÚMERO DE CONTRATO: 1300 100 1171 2024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIA DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): YUNIS OVIEDO CC: 1'046427053
Código CUENTAME UDS: 1300 100 1103 781 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS AMIGUITOS
Dirección UDS: ARROZ BARATO TV OLIMPICO 5-65 Teléfono UDS: 3203082426

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	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	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1201291512	SAMUEL	ALEJANDRO	TREJO	FAJARDO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A						19		
02	RC	1238348384	LEON	DEL CARIBE	CASSIANI	BELLO	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I						18	1	
03	RC	1066902176	MAILN	SOFIA	MENDOZA	MUÑOZ	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A						19		
04	RC	1143422576	ISAIAS	DAVID	VILLAREAL	RAMOS	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A						19		
05	RC	1044023110	DEREK	DAVID	LORDUY	MARTINEZ	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	I	I						17	2	
06	RC	1143421519	OLIVER	CHARIS	VERGARA	ZUÑIGA	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A						19		
07	RC	1047521177	SARED		ARRIETA	GUTIERREZ	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A						18	1	
08	RC	1044023110	JEIKOL		CARABALLO	PEREZ	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	F	H	A						19		
09	RC	1242390140	YERIEL	ALEXANDER	CHIQUILLO	ZABALETA	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		4	A	A	A	A						19		
10	RC	1238348240	JHEINER	ENRIQUE	RAMOS	LOPEZ	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A						19		
11	RC	1044023222	MARIA	ALEJANDRA	CIENFUEGO	PRIETO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A						17	2	
12	RC	1044020753	LUIS	MIGUEL	MARTINEZ	CASTILLO	3	9	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A						17	2	
13	RC	1235053098	MARIA	SALOME	OSPINO	LOPEZ	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A						18	1	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
TOTAL																																		238	9	

Verificación De Cobertura	[illegible]	13	COORDINADOR(A) EA	Yunis Oviedo Rodelo — 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

ANEXO
PROMOCIÓN Y [illegible]

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FST-RT1-PP	18/06/2025
Versión: 1	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Modalidad: Comunitaria. Fundación de la Comunidad Unidad Móvil CAFAM MIRAFLORES
Mes: FEBRERO. Año: 2026
Sede: H.C.B.
Código Sede: 80018920-5
Regional: BOLIVAR. Centro Zonal: Industrial de la Bahía Municipio: CARTAGENA.
Nombre Agente Educativo del SDC: Yanin Alvarez Atencia CC. 64.569.017
Código CUENTANET UDS: 13001000490 96. Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: "Jardín Mágico"
Dirección UDS: Vía la Heroica Cra. Guillermo Mz. L Lt: 24. Barrio Teléfono UDS: 3114130300.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																															TOTAL ASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
							SEMANAS																																	
							PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA														
TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	2				9				16				23				2				9												
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																																	
RC	1044842461	ANDREA	SOFIA	PEREZ	SIERRA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC	1044004198	ANDREA	SOFIA	CHAVEZ	GALVIS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I											18	1
RC	1143423181	ALANNA	SOFIA	GOMEZ	OLOFIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC	1140869137	MAIREN	SOPHIA	ESCORCIA	MEZA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC	1143421843	SAMUEL	ABRAHAN	COLMENARES	IGLESIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A											17	2
RC	1044013601	MATIAS	JESUS	CARRILLO	ABRIL			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A											18	1
RC	1048474164	JAIME	ANDRES	SANCHEZ	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC	1137543211	EMILIANO		RIVERA	BLANCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC	1047923710	ADALBET	SOFIA	CARMONA	MALDONADO			A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											17	2
RC	1050061387	ISAAC	DAVID	DUQUE	MONTIEL			A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A											16	3
RC	1201293084	KEYLOR	JOSE	ARZUZA	GUZMAN			A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A											17	2
RC	1249688840	GAEL	DAVID	MONTES	HERNANDEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											19	
RC																																							

TOTAL 217 11

19

COORDINADOR(A)

Yanin Alvarez Atencia.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
20/02/2026	Hosea R JADIN Mª	1300100 -49056.	JORNADA REFLEXIVA	UNIFICACIÓN AL T. Humano.					Yanin Alvarez Atencia.
9-02-2026	Isaac D. DUQUE MONTIEL	1'050.981 -387.	Estaba con Gripa-fiebre	La mamá lo Comunicó.	Darle los Medicamentos Para Mejorar	Cuidarlo y Mejor Para Estar Bien	Yanin Alvarez Atencia.		Dannays MONTIEL
-02-2026	ADALET S. CARMONA Maldonado	1'047.522 -702.	Estaba enfermo con fiebre.	La Mama lo comunico Al Hogar.	Le dio los Medicamentos	Cuidarlo- Para Mejorar y Estar Bien	Yanin A. Alvarez		IRLENYS Maldonado.
13-02-2026	KEYLOR J ARZUZA G	1'201.293 -054.	Estaba con Tos Gripa.	Su Mamá lo Informo Al Hogar.	Le dio sus Medicamentos.	Cuidarlo para Mejor lo. Estar Bien.	Yanin Alvarez		Sandra Guzman.
23-02-2026	SAMUEL Colmenares IGLESIAS.	1'143.421 -843.	Estuvo con fiebre dolor garganta	Su Mamá lo Comunicó	Le dieron las Medicamentos	Cuidarlo hasta que este Mejor y Bien.	Yanin Alvarez.		Izeel. Iglesias
23-02-2026	MATIAS JESUS CARRILLO	1'044.019 -601.	Tenía Gripa fiebre-Tos.	La mamá lo Comunicó	Le sumistro Todos los Medicamentos	Cuidarlo y Mejorar	Yanin A Alvarez.		Tatiana. ABRIL.
23-02-2026	ISAAC D DUQUE M	1'050.961 -387.	Gripa-Y Flemas fiebre	Su Mamá lo Informó.	Le dieron Medicamentos.	Cuidarlo – Atenderlo	Yanin A Alvarez.		Dannays MONTIEL.
24-02-2026	ADALET CARMONA Maldonado	1'047.522 -702	Gripa-Tos-	Su mamá lo Comunicó	Le dio los Medicamentos	Cuidarlo y Atenderlo	yanin Alvarez		IRLENYS Maldonado.
25-02-2026	KEYLOR J ARZUZA GUZMAN	1'201.293 -054.	Fiebre-Tos-	La madre lo Informó.	Le sumistro Todos los Medicamentos	Cuidarlo Y Atenderlo	Yanin Alvarez		Sandra GUZMAN.
26-02-2026	Isaac D. Duque MONTIEL	1'050.961 -387.	Malestar con fiebre	Su mamá lo Comunico.	Le dio Todos sus Medicamentos	Cuidarlo Y Atenderlo	Yanin Alvarez		Dannays MONTIEL.
26-02-2026	SAMUEL Colmenares IGLESIAS	1'143.421 -843.	Gripa-Tos-Fiebre	La madre lo Comunico-	Le sumistraron las Medicamentos	Cuidarlo Para Mejorar	Yanin Alvarez		Izeel. Iglesias
26-02-2026	AHINARA CHAVEZ GALVIS	1'044.024 -198.	Fiebre Vacunas Malestar	Su mamá lo Comunico.	Le dieron sus Medicamentos	Cuidarlo Y Atenderlo.	Yanin. Alvarez		Emily. GALVIS.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.IRO12.PP	1/08/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001712024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: COFINANCIACIÓN

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industria de la Bahia Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Mirta Alvarado LL CC: 45470413
Código CUENTAME UDS: 1301000697380 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PEGUIN
Dirección UDS: Manzana 42 Lote 6 Teléfono UDS: 3108933571

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	1253683734	AINARA	SOFIA	FIGUEROA	Salazar	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
02	RC	1249070145	JOAS	Valentina	Sierra	Estrada	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
03	RC	1249071688	Gemma	Julia	Acosta	Simancas	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
04	RC	1201291556	Juliana	María	De Alba	Salas	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
05	RC	1201290632	Chanell	Sophia	De Alba	Salas	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
06	RC	1249069961	Juliana		Flores	Rodriguez	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
07	RC	1235053603	Abigail		Munoz	Bravo	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08	RC	1042597929	Amaurys	Judith III	Martinez	Correa	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
09	RC	1235053667	Juliano	Jesus	Rojas	Sanmartin	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
10	RC	1235053090	Kevin	Andres	Osorio	Hernandez	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
11	RC	1201293119	Alejandra		Guerrero	Sierra	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
12	RC	1201292652	Revell		Betuel	Pajaro	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
13	RC	1201294231	Gael		Gomez	MADERA	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17	2	
14																																						
15																																						

TOTAL 238 4

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

COORDINADOR(A) EA

Mirta Alvarado LL
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Caffyn
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO: 1300
MES: Febrero
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Medelz Vargas
Código CUENTAME UDS: 130010000049892
Dirección UDS: Vista H. K60b 29 30
Centro Zonal: Industrial y B. Municipio: Cartagena
CC: 45493513
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Campanita
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	1201293404	AHINARA	SOFIA	RODRIGUEZ	RODELO			A A A A A A I A A A A A A A A A A A A A	17	1
02	RC	1143422452	SHADDAI	SOFIA	MEJIA	PEREZ			I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
03	RC	1043421589	HANNAH	LUZ	ROJANO	ARRIETA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
04	RC	1249071429	EMMA	SOFIA	MENDOZA	MERCADO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
05	RC	1048473554	LEIDER	ANDRES	RAMOS	GOMEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
06	RC	1201292954	JESSER	ASHER	TABORDA	ZULUAGA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
07	RC	1044022874	JURIANA	CAROLINA	CONTRERA	CONEO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
08	RC	1253658367	NEITHAN	DAVID	POLO	CONSUEGRA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
09	RC	1143422000	MILAN	STEFAN	NAVEA	MUENTES			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
10	RC	1201290312	SAMARA	PAOLA	ROHENES	VASQUEZ			I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	1
11	RC	1143422713	NEYTAN	ISAAC	CARO	OVIEDO			A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	1
12	RC	1143422825	ELISA		ARANGO	MARRIAGA			A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	1
13	RC	1143422824	NAHIA		ARANGO	MARRIAGA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 243 4

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

COORDINADOR(A) EA

Medelz Vargas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: fundación de la comunidad Cordia — NIT: 33255744
NUMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero — AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: comunitaria
SERVICIO DE ATENCION: tiempo completo

Regional: Bolivar — Centro Zonal: Industrial de la bahia — Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo: DENISE HERRERA — CC: 33255144
Codigo CUENTAME UDS: 1000300694461 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: Hogar los laureles (HOGAR INFANTIL LOS LAURELES)
Direccion UDS: Consolata Sector Paraiso Mz 7 Lt 14 — Telefono UDS: 3 1 0 7 0 5 4 [illegible]

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1201291820	ARLETH	DEL CARMEN	PERNETT	AHUMADA	2	11	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	18		
02	RC	1048475030	ANTONELLA		MERCADO	MIRANDA	2	4	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
03	RC	1201292851	ANIARIS	SOFIA	CAMPOS	MONTES	2	4	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
04	RC	1201293593	ZOE	VALENTINA	LAMBIS	OROZCO	1	9	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
05	RC	1201293443	ANTONELLA	MARIA	BARRAGAN	MARTINEZ	1	11	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
06	RC	1201290165	STEICY	PAOLA	CONTRERA	URECHE	2	9	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
07	RC	1042598643	VITALY	CELESTE	ESCOBAR	GARCIA	1	9	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
08	RC	1253658062	ASHLEY	SARAY	MARTINEZ	PADILLA	2	5	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
09	RC	1044021838	GABRIEL	JESUS	CASTELAR	CASSIANI	3	2	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	18		
10	RC	1143420556	IAN	JAVIER	GUTIERREZ	NORIEGA	4	6	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
11	RC	1202290655	THIAGO	JAVIER	DIAZ	DELGADO	3	4	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
12	RC	1201288393	JESUS	MANUEL	CARDOZO	BRAVO	4	1	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	19		
13	RC	1201292340	ELIAN	MATEO	GUERRERO	DE LA ROSA	2	8	A A A A A	A A A A A	A	A A	A A A A A	18		
14												A A	A A A A A	18		
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	234	21	

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

COORDINADOR(A) EA

Denisy Herrera Nieto
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

Powered by CamScanner

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: Gustavo MARTINEZ : CAFFIN
NIT 800189991025 NÚMERO DE CONTRATO 1300 117124
MES FEBRERO AÑO: 2026
Modalidad, Comunitaria
Servicio UDS HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal INDUSTRIAL. Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): EVERLEDYS H. CC 45468239
Código CUENTAME UDS: 1300100069435. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CARIÑOSITOS
Dirección UDS: LA CONSOLATA SECTOR ALCAZARES Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 2 PRIMERA, 9 SEGUNDA, 16 TERCERA, 23 CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
RC	1201292705	ADHARA		LARA	PITALUA	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1249068770	ADRIANA	LUCIA	CUETO	ZABALETA	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1143423049	ELENA	ISABEL	MARTINEZ	AHUMEDO	2	6	I A A A A A A A I A A A A A A A A A A A		17	2	
RC	1044018263	NOHEMY	SOFIA	CASSIANI	NARVAEZ	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1044020490	IAN	DAVID	MUÑOZ	CASTRO	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1253658245	ADHARA	SOFIA	MUÑOZ	DOVAL	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1246328412	LUIS	ANGEL	BANDA	NARVAEZ	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1048475235	NAOMY	SOFIA	CHARRI	ESTREMOR	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1044022426	ABRAHAM	DAVID	ARAUJO	RODRIGUEZ	3		A A A A A A A A A A A A A A I I		16	2	
RC	1143421271	KEIBER	ANDRES	CHANCIN	CASTILLO	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1048475309	THIAGO	ANDRES	NARVAEZ	ESCOBAR	2	3	I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		17	1	
RC	1201289710	AYNARA	SOFIA	BABILONIA	NUÑEZ	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
RC	1249068036	WHITNEY	SOFIA	LOPEZ	OROZCO	3	4	A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
										225		
									TOTAL	223	5	

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

COORDINADOR(A) EA

Everledys Herrera Pacheco
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	5/29/2018
Versión 8	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001171-2024
MES: FEBRERO AÑO: 2026 MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATE: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
BOLIVAR
Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): DOROTEA MORELO DIZ CC: 45487148
Código CUENTAME UDS: 1300100049072 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PRIMERA JORNADA
Dirección UDS: VISTA HERMOSA MZ R PRIMA LOTE 9 Teléfono: 3226692573

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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	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	RC	1247258318	JEREMIAS		REINEL	GUERRERO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1044021646	DIEGO	ANDRES	JIMENEZ	MENDOZA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1048473684	MERLIAH	DEL MAR	RODELO	SIERRA	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1235052132	SALOME		MARTELO	ALFARO	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
05	RC	1242389907	ISAIAS		MORELO	PUELLO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1235052700	KARIANIS	SOFIA	UYARA	BERRIO	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1143421733	JOSHEP		ANTONIO	GARCIA	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1201293449	GAEL	ANDRES	BARRIOS	SEGUANES	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1249069826	ARIANYS	SOFIA	BARRIOS	ELLES	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1043346349	GIAN	LUCCA	PAJARO	PIEDRAHITA	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	RC	1143423618	DIEGO	ALEJANDRO	REPIZO	JULIO	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	RC	1235052052	ASHLY	JOHANA	SOTO	GUARIN	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	RC	1249070270	ALISSON	MICHELLE	PALACIO	MONTEMIRANDA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
14																																				
15																																				
16																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																															TOTAL	141	6	

19

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

COORDINADOR(A) EA

Dorotea Morelo Diz
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Custodio Martínez Rafful
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Feb AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: FCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Dtd. y de la Bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Jenith Morelo CC: 33.153.310
Código CUENTAME UDS: 1B001000694555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Eucalipto
Dirección UDS: Consolata M.H. 158 Teléfono UDS: 3054171541

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1044022492	Alessia	Deyleth	Flores	Blanco	2	11
02	RC	1249068412	Ashley	Sofia	Romero	Canate	3	2
03	RC	1201291832	Maria	Angel	Lozano	Puerto	2	11
04	RC	1201293956	Cristian		Romero	Pauth	1	6
05	RC	1253658019	Noel	Eduardo	Bonfante	Cuadro	2	7
06	RC	1201291917	Isacc	David	Fuentes	Miranda	2	10
07	RC	1044022744	Emily	Nicoll	Espinosa	de Arco	2	9
08	RC	1201292859	Andrey	Camilo	Gonzales	Julio	2	3
09	RC	1044019418	Fredy	de Jesus	Vargas	Romero	4	3
10	RC	1234899155	Mylber	del	Alvis	Tovi	2	7
11	RC	1201292018	Emma	Cardina	Maturana	Guerra	2	9
12	RC	1048469750	Jonatan	Noel	Orozco	de Alba	4	9
13	RC							
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	19	-	
02	19	-	
03	19	-	
04	19	-	
05	19	-	
06	19	-	
07	19	-	
08	19	-	
09	19	-	
10	19	-	
11	19	-	
12	19	-	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
TOTAL	228	-	

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

COORDINADOR(A) EA

Jenith Morelo Borboza
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

Powered by CamScanner

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 Cafam
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117/2024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: H-C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Farides Torres O CC: 33248221
Código CUENTAME UDS: 1300100069486 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Estrellitas
Dirección UDS: EDUCADOR Sector 2 de Noviembre Mz L 5 Teléfono UDS: 3107387610

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									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		ANGELUS		VERGARA	MADERO	1143423706	2	0						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
02		SELENE	SOFIA	RUIZ	ANAYA	1048474185	2	11						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
03		MATHIAS	ANDRES	BARRIOS	REYES	1050981278	3	0						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
04		KIARA	SOFIA	OLIVERO	ANGULO	1201291094	3	4						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
05		MAICOL		SALGADO	LEDESMA	1256018298	1	8						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
06		LUIS	DAVID	BADEL	RIVERO	1143423357	2	4						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
07		ANGEL	JOSUEH	PEÑA	ORTEGA	1201289176	2	0						A	A				A	A	I	A	A	A	A	A	A	A					11	1	
08		SHANTALL	LUCIA	CORREA	PADILLA	1044021619	3	3						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
09		BRYAN	ANDRES	HERAZO	URANGO	1249069644	2	8						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	I						11	1	
10		JESHUA	JERONIMO	ESQUIVEL	ACOSTA	1048475101	2	3						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
11		EMMANUEL	DAVID	MANGA	ZAPATA	1249068467	3	0						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
12		KARIS	YHONELLA	JULIO	GARCES	1044019021	4	3						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
13		ANALY	SOFIA	PUERTA	RODRIGUEZ	1253658347	2	4						A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					12	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	154	2	

13 Niños

COORDINADOR(A) EA

Farides Torres Otero
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO:
MES: 02 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial Bahia Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Edilmira Acuña CC:
Código CUENTAME UDS: 13001000693775 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Flores Las
Dirección UDS: Cra 2 Bata No. 14 Teléfono UDS: 3146912494

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044022665	EMMA	SOFIA	CANTILLO	DE LA RONS	2	10		16		
02	RC	1143420595	MAYERLIN	SOFIA	CABALLERO	PUELLO	4	7		16		
03	RC	1048475024	EMILINK	LUCIA	RIVERA	GARIZABAL	2	5		16		
04	RC	1201293347	LUCIANA	AISLEEN	DEL REAL	GUERRA	2			16		
05	RC	1201294055	KEILER	DAVID	GONZALEZ	MONTES	1	4		15	1	
06	RC	1201293939	ALEJANDRA		GUTIERREZ	RONDON	1	5		15	1	
07	RC	1247968238	MANUEL	YOEL OKORO	PEREZ	CASSIANI	1	9				
08	RC	1253658099	LHOUREM	MARIA	LOPEZ	JIMENEZ	2	6		15	1	
09	RC	1201293551	FRANK	ANDRES	PEARSON	TORREGROSA	1	9				
10	RC	1043345938	AYLEN	SOFIA	CANAVAL	JIMENEZ	1	10				
11	RC	1235546780	JAYDEN	DANIEL	AMAYA	CARDENAS	1	8		15	1	
12	RC	1.244.072.118	Lucia		Serna	Simanca	2			16		
13	RC											
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	14		

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

COORDINADOR(A) EA

Edilmira Acuña 12-4
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

217.MT1.PP	8/29/2018
Version: 1	Página 1 de 1

Clasificacion de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVI: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTI: 1300117124
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo MAYERLIN CABARCAS CARRASQUILLA CC 33100296
Codigo CUENTAME UDS: 1300100069423 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: LOS SAUSALITOS
Direccion UDS: LA CONSOLATA MZ J LOTE 1 SECTOR PARAISO Teléfono UDS: 3174542420

Hoja ___ de ___

No.	IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO/USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																	TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO/A		APELLIDOS DEL USUARIO/A				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1044020105	ALIS	VANESSA	MARRUGO	LOPEZ	3	11	A	A	A	A	A	A	P	A	A	I	A		A	A		A	A	A	A	A						17	1	
2	RC	1201287161	EMELY	SOFIA	GONZALEZ	SANTOS	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
3	RC	1242390556	THIAGO	JOSE	PAYARES	ALCALA	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	I	A	A						17	1	
4	RC	1050981297	SALOME	SARAH	VERBEL	QUEVEDO	2	11	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	I		A	A	A	A	A						16	2	
5	RC	1201290155	EMMANUEL	JOSE	MARRUGO	ARROYO	3	6	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						17	1	
6	RC	1238348443	JEISON	JESUS	SUAREZ	RODRIGUEZ	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
7	RC	1201293377	MAXIMILIANO		SANCHEZ	MARRIAGA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
8	RC	1043342158	MATHIAS	JOSE	PAYARES	ALCALA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	I		A	A	A	A	I						16	2	
9	RC	1201288826	MIA	KELISHA	NEGRETE	BLANCO	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
10	RC	1201292196	CAMILO	ARTURO	CORDERO	LOBO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
11	RC	1201288272	ANTONELLA	SOFIA	JULIO	LOPEZ	4	2	A	A	I	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						16	2	
12	RC	1235051680	DHARA	LUCIA	DOMINGUEZ	GARCIA	3	11	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						17	1	
13	RC	1201288714	MARIA	ANGEL	TAPIA	SALAZAR	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A		A	A	A	A	A						17	1	
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																			TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

DOCENTE/AGENTE EDUCATIVO

Mayerlin Cabarcas C. 223 11
RESPONSABLE DE GRUPO
CC 33102296 Mayer

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

Powered by CamScanner

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: GUSTAVO MARTINEZ COFFIN
NIT: 800189920 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: UDS - BOMBA
Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CORPAS
CC: 22790870
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PINITOS
Dirección UDS: CONSOLATA SEC. TRABAJO MZ P. LT 3. Teléfono UDS: 3108313065

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1143420764	SAMUEL	DAVID	BAUTO	RODRIGUEZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18	1	
02	RC	1137543562	CELESTE		CANTILLO	ROMERO	7	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										19		
03	RC	1143421988	JEYKO	JOSE	PUELLO	GONZALEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18	1	
04	RC	1201292672	HILLARY	ANDREA	CORPAS	BUELVAS	7	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										19		
05	RC	1247259800	MURY ANGEL		OTERO	TAMAYO	7	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A										18	1	
06	RC	1098263272	THIAGO	JOSE	ARROYO	VILLADIEGO	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A										17	2	
07	RC	1043344208	SOFIA	SOPHIA	DIAZ	TUTOR	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										19		
08	RC	1044023897	KILIAM	ANDRES	IBARRA	CABEZA	1	10	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A										18	1	
09	RC	1283658155	HANSLEY	SOFIA	HENRY	JIMENEZ	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18	1	
10	RC	1201293260	IAM.	DAVID	MENDEZ	JIMENEZ	2		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A										17	2	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																1		
20																																8	0	
																															TOTAL	1		

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

COORDINADOR(A) EA

María Corpas Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: NIT 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: AÑO 2026
MES: Febrero
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahia Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Rosario C. Morelos C.C. 45.432.517.
Código CUENTAME UDS: 1300100049082 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Angelitos Alegres.
Dirección UDS: Diag. 30A #58-80. Vista hermosa Teléfono UDS: 3145679417.

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 ASISTENCIA	TOTAL INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1143422308	DULCE	MARIA	SERRA	BELEÑO	3	0	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	3	
02	RC	1047519899	AURORA		MUÑOZ	OCHOA	4	6	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
03	RC	1044022154	IAN	SAMUEL	ARBELAEZ	PEREZ	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
04	RC	1143422436	YAILER	ANDRES	SUAREZ	PERALTA	2	11	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	2	
05	RC	1047519777	SAIDI	ISABEL	MORELOS	VARGAS	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
06	RC	1249069617	MARIA	CELESTE	CALDERON	ALVAREZ	2	2	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	3	
07	RC	1047520270	IEIMMY	NICOLE	MORALES	VILLA	4	1	I	I	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	3	
08	RC	1044943346	EIDER	DAVID	CORREA	CASTILLA	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	I	A	A	A	17	2	
09	RC	1047523322	ANDREA	CAROLINA	MEJIA	VARGAS	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
10	RC	1143422332	ADHARA	SHARLOTT	GODOY	RODRIGUEZ	2	11	A	A	A	A	A	I	A	A	I	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	3	
11	RC	1143423693	EMMA	LUCIA	TORREGLOSA	GUZMAN	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
12	RC	1143423250	MATIAS	DE JESUS	RIOS	ALVAREZ	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
13	RC	1201291396	MARIA	JOSE	OSPINO	AYALA	3	1	A	A	A	A	A	I	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	2	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																													TOTAL	226	21		

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:	

COORDINADOR(A) EA

Rosario C. Morelos Pérez
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la Comunidad Cultura Caffeer
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300147-1/24
MES: Feb AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: In de la Bahía Municipio: Cartagena, Hoja 1 de 2026
Nombre Agente Educativo (a): Naslyn Barrios P CC: 45498933
Código CUENTAME UDS: 1300100069414
Dirección UDS: Consolata HC 25 bs Alcazares Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeñas Ramitas
Teléfono UDS: 3153458035

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	1044020492	Santiago	de Jesus	Bermudez	Carrillos	3	9	A A A A A A A A A A	10		
02	RC	1143422005	Anyelo	Marcelo	Cardoza	Vanegas	3	2	A A A A A I I I I I	5	5	
03	RC	1051895689	Emmanuel	Andres	Galeso	Henriquez	3	9	A A A A A A A A A A	10		
04	RC	1249065584	Mauro	Samir	Martinez	Velez	2	10	A A A A A A A A A A	10		
05	RC	1201290238	Liam	David	Melendez	Urdaneta	3	6	A A A A A A A A A A	10		
06	RC	1142955136	Hazel	Jasibe	Miranda	Idrogo	3	9	A A A A A A A A A A	10		
07	RC	1048443322	Alice		Miranda	Rodriguez	3	5	A A A A A A A A A A	10		
08	RC	1235053866	Dariana	Lucia	Perez	Hurtado	1	11	A A A A A A A A A A	10		
09	RC	1240499328	Darien	David	Perez	Tarra	2	11	A A A A A A A A A A	10		
10	RC	1043345943	Emmanuel		Salas	Orozco	1	10	A A A A A A A A A A	10		
11	RC	1201291489	Abigail	Samara	Silva	Aguilar	3		A A A A A A A A A A	10		
12	RC	1249069845	Alia	Fabiana	Tovar	Hernandez	2	2	A A A A A A A A A A	10		
13	RC	1143423092	Alex	David	Zea	Caballero	3	4	A A A A A A A A A A	10		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	125	5	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Naslyn Barrios Paternina
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA Feb/26	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
23 de feb 2026	Alex David Zea Caballero	1143422092	Rayones en Cara	El niño trajo un rasponon la cara y la mano	limpiarles las heridas puso suero	estar atenta a esos golpes	Yasleydi Ramos	Cuidar mas del niño	Diana Cardozo
23 feb 2026	Anyelo Marcelo Cardozo Vanega	1143422005	Hoperacion de los Adenoidy	estudio de una operacion	traer Historia Clinica	loq el niño presente.	Yasleydi B	estar atenta al	Angelica Vanega
24 Feb 2026	Anyelo Marcelo Cardozo	1143422005	Adenoidos	estudio de una operacion	traer Historia Clinica	traer soporte	Yasleydi B	niño en todo	Angelica Vanega
25 Feb 2026	Anyelo Marcelo Cardozo	1143422005	Adenoide	Estudios de una operacion	traer Historia clinica.	tog el niño presente	Yasleydi B	estudios	Angelica Vanega
26 Feb 2026	Anyelo Cardozo Vanega	1143422005	Adenoide	Estudio de una operacion	traer Historia Clinica	de traer soporte	Yasleydi B	y traer soporte	Angelica Vanega
27 Feb 2026	Anyelo Cardozo Vanega.	1143422005	Adenoide.	Estudio de una operacion	traer Historia clinica.	traer soporte de el niño	Yasleydi B	Clinico del niños	Angelica Vanega

Powered by CamScanner

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: Gustavo Martinez Caffin
NIT: NÚMERO DE CONTRATO: 13001197/2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Yurleidis Yoguez
Código CUENTAME UDS: 130010006946 8
Dirección UDS: Arroz barato calle Cuarta # 154

Hoja ___ de ___
Centro Zonal: Industrial de la Bahia Municipio: Cartagena
CC: 32906409
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis capullitos
Teléfono UDS: 3207107665

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1143422686	Marlene		Herrera	Perez.	2		AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
02	RC	1044023020	Aitol	Maria	Reyes	Jimenez	2		AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
03	RC	1143422187	Dilan	Andres	Mercado	Solo	3		AAAAAA AAAAA AIAAA AIAAA	17	2	
04	RC	1020129060	Emiliano		Martinez	Nuñez.	3		AAAAAA AAAAA AIAAA AAAAA	18	1	
05	RC	1143423552	Elanyelis	Maria	Angulo	Castellanos	2		AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
06	RC	1044021878	Kaleth		Baltazar	Carrillo.	3	01	AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
07	RC	1143274929	Yairon	Jose	De la Ranz	Alvarez	3	11	AAAAAA AIAAA AAAAA AAAAA	18	1	
08	RC	1042597236	Kiliam	David	Manjarrez	Morales.	3	11	AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
09	RC	1201288798	Yurleidys	Sofia	Gonzalez	De la Cruz.	3	10	AAAAA AIAAA AAAAA AAAAA	17	2	
10	RC	1048474859	Kaiwin		Canabal	Ballesteros.	2	11	AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
11	RC	1143422612	Yandriis	Sofia	Villa	Cabera	3		AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
12	RC	1143422800	Ariana	Sofia	Blanquicett	Cabrera	2	08	AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
13	RC	1242389932	Fiorella		Sietra	Ortiz	2	08	AAAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	19		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 221 G.

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

COORDINADOR(A) EA

Yurleidis Yoguez Jimeno
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

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
20 Febrero 2026.	UDS Mis capullitos		Jornada pedagogica						Yurleidis Yoguez.

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: CAFTIN
NIT: NÚMERO DE CONTRATO:
MES: FEB AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: F/CS
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMIP

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Edilsa B
Código CUENTAME UDS: 1300100049074
Dirección UDS: VIS 1 DI 30 N 50-47
Centro Zonal: Industrial CC: 45 49 536
Municipio: cartagena
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: mavinenitos
Teléfono UDS: 3234560137
Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044023387	NIKOLLE	ANDREA	CUADRO	GARCIA	2	3		18	1	
02	RC	1050980586	HEMMA	MILAGRO	PUERTA	MARTINEZ				19		
03	RC	1143422922	MARIA	PAULA	VILLEGAS	ROA				18	1	
04	RC	1201292364	MARIA	CELESTE	COTERA	OROZCO				19		
05	RC	1044019944	JOAN		GARCIA	LOPEZ				19		
06	RC	1143420678	ALANA	SOFIA	TABORDA	ALCALA				19		
07	RC	1043346441	MARIANGEL		NOGUERA	ZAMBRANO				17	2	
08	RC	1256018048	MARIA	CELESTE	SIERRA	ALCAZAR				19		
09	RC	1242390387	LITZY	YAIRETH	COGOLLO	BERROCAL				18	1	
10	RC	1201293566	GAEL		BATISTA	NIETO				19		
11	RC	1201292429	SAMANTHA		ARROYO	MARTINEZ				19		
12	RC	1201292430	SALOME		ARROYO	MARTINEZ				19		
13	RC	1137543261	LINA	SOFIA	CAICEDO	JARABA				18	1	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 241

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

COORDINADOR(A) EA

Edilsa Blanco 41
RESPONSABLE DE GRUPO
45 49 536 6

¡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

F1.MO12.PP | Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gestora Hatos Caribe
NIT: 80144920-5
NÚMERO DE CONTRATO: 1300 1171-2021
MES: Febrero
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar
Nombre Agente Educativo: Patricia Rollo
Código CUENTAME UDS: 1300 1000 1250 4
Dirección UDS: San Pedro Mar. K 63 #60 - 74

Centro Zonal: Magangué
Municipio: Cartagena
Nombre Unidad de Servicio: el Tesoro
Teléfono UDS: 3147302888

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL ASISTENCIAS
01	RC	1201288745	Antonella		Gomez	Marrugo			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
02	RC	8023199	Mia	Isabella	Petit	Amundaray			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
03	RC	1043343969	Juan	Carlos	Imitola	Diaz			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
04	RC	1249064076	Madara	Zarek	Gonzalez	del Rio			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
05	RC	1249069503	Lian	David	Abad	Genico			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
06	RC	1049541293	thomas	andres	Marin	Vega	2	7	AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
07	RC	1242389706	Juan	Pablo	ortiz	Marmaga			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
08	RC	1047519732	Moises	David	Marmaga	torres			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
09	RC	1044022261	Alans	Josue	Medina	Figueredo			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
10	RC	1143423607	Gael		Franco	Ruiz			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
11	RC	1238350512	Victoria		Batista	Pretelt			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
12	RC	1207868868	Mana	Isabel	Zabaleta	Pérez			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
13	RC	1053013208	wilton	Manuel	Rojas	Ramos			AAAA	AAAA	AAAAA	AAAAA		19
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

TOTAL 19

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

COORDINADOR(A) EA

Patricia Rebollo
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

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: F. Gustavo Martinez Cuffin. | NIT: 800189920-5 | NUMERO DE CONTRATO: 1300199920 24 | MES: Febrero. | AÑO: 2024 | MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB. | SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario.

IDENTIFICACION
Regional: Bolivar. | Centro Zonal: Industrial de Bazilla | Municipio: Cartagena. | Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Gilma Angulo. | CC: 33131787
Código CUENTAME UDS: 1300160069390. | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Azucenita.
Dirección UDS: Consolata. MD L 16. | Teléfono UDS: 6911622.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: 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		
01	RC	1062548027	Eva	Sandrina	Martinez	Zuleta	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
02	RC	1044019214	Dulce	Maria	Maria gaz	Cantiveros	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
03	RC	1201290369	Valentino		Guzman	Camargal	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
04	RC	1201292252	Moises	David	Salcedo	Herrera	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
05	RC	1375499495	Emily	Maria	Romero	Soria	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
06	RC	1249.058459	Emma	Sofia	Redondo	Ostimo	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 203 0

Verificación De Cobertura

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F37.MT1.PP	8/28/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Publica

Modalidad de Atención: Tradicional

Servicio de Atención:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Bolivar — Punto Zonal: Isla de Baru — Grupo: 9 Lunes

Nombre Agente Educativo (a): Carmen Mosquera — CC: 30718375 — Hoja ___ de ___

Código CUENTAME: 1309000943 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hz Arenoso

Dirección UDS: Carrera 5a Barrio Horizonte — Teléfono UDS: 3206855446

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Nombres del Usuario/Usuaria: Primer Nombre	Nombres del Usuario/Usuaria: Segundo Nombre	Apellidos del Usuario/Usuaria: Primer Apellido	Apellidos del Usuario/Usuaria: Segundo Apellido	Edad: Años	Edad: Meses
1	RC	1050976955	Jesus	David	Alegrado	Hegmanez	2	1
2		1249080423	Silvana		Blanco	Heiga	1	2
3		1201293891	Isabel	Sofia	Fiesto	Suarez	2	7
4		1048453271	Kaine	Dario	Cares	De Leon	3	5
5		1201293150	Jesus	Dario	Egamon	Hegmanez	2	1
6		1147259203	Jeremy	Alexander	Arregoco	Perez	3	2
7		1253655330	Yeneth		Montero	Tejeda	2	1
8		1201290032	Daniela	David	Orozco	Leal	3	6
9		1201293065	Jaireth	Maria	Cuello	Carmona	2	3
10		1147585026	Chloe	Sofia	Parejo	Cabarcas	1	8
11		1249085420	Dolly		Rodriguez	Machuca	3	5
12		1201293489	Dulce	Maria	Suarez	Lopenzo	1	10
13		1201289119	Valery		Villafrade	Buelvas	3	8
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	Día 12	Día	Día	Día	Día	Día 7	Día	Día	Día	Día	Día 14	Día	Día	Día	Día	Día 21	Día	Día	Día	Día	Día	Día	Día	Día	Día
	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	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
4	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A			A	A	I	I	I					
5	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A		A	A			A	A	I	I	I					
6	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	I					
8	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
10	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	I			E	A	A	A	A					
11																									
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A					
13	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	I			A	A	A	A	I					
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

TOTAL MENSUAL: Asistencias	TOTAL MENSUAL: Inasistencias	Causa de Retiro
16	1	
16	1	
16	1	
14	3	
13	4	
16	1	
15	2	
16	1	
17	0	
13	4	
7	0	
16	1	
11	6	
TOTAL 182	25	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
25-26 02/26	Nohora D. GARCES	1048473271	Faltas desde 22-26-Grupo	Verificar motivo	Contactar madre	Retorno asistencia			
16.02/26	Nohora Rodriguez	1049068415		la niña Nohora no asistió al Programa y regresó el 16.02.26		la niña para la U.D.S.			Jessica Rdz
02 19-19/26	Jeffford Valery	1001389119	Falla 18-19-02/26	Discusión en sus papitos y se llevó la niña después de hablar con él, decidió enviar la niña	Hablar con su papá y decidió enviar la niña	Traer la niña			Yuly
02/09/26	Yuleny Villafrade PJ	1201389119	La niña regresó a la U.D.S.	Ninguna	No incluir la niña en sus pitas viajes	Cumplió con lo acordado			Yuly

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	29/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CAFIM
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 130011712024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: 14 D. LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): LERSY PADILLA DIAZ CC: 45687948
Código CUENTAME UDS: 130010059439 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CAPITAS FELICES
Dirección UDS: EDUCADOR Cra 74 a-4c 61 Teléfono UDS: 3176729287

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1201291112	ANTHUAN	DAVID	JULIO	ANGULO	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	RC	1249070662	ASHLEY	NICOLLE	GOMEZ	MENDEZ	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A I I I I I		15	4	
03	RC	1043340522	CAMILO	ANDRES	SURMAY	GUZMAN	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
04	RC	1143422957	DILAN		BARRIOS	ARIAS	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
05	RC	1201292268	GAEL	SEBASTIAN	GIMENEZ	ESPEJO	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
06	RC	1201287542	IBRAHEM	ENRIQUE	ORTIZ	ACEVEDO	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
07	RC	1201289162	ISABELLA		VERGARA	CAICEDO	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
08	RC	1249068382	JIREH JORGELIS	PATRICIA	LEAL	CARIAS	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
09	RC	1137543587	LUZ	VALENTINA	PEREZ	TORRES	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10	RC	1201288147	LUISA	SOFIA	VILLALOBOS	PERES	4	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
11	RC	1201287819	MATEO		RIVEROS	ARIAS	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
12	RC	1044017916	SEBASTIAN	DAVID	OSORIO	BARRIOS	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
13	RC	1047522538	ZOE	ROSIRIS	ANGULO	ROCHA	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A J A A A		18	1	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 142 5

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

COORDINADOR(A) EA

Lersy Padilla D
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ESTABLECIDA EN LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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: Fundación CAFIN
NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: _____
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCD

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: 10-30 Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): María Cabarcas CC: 33126393
Código CUENTAME UDS: 13c100103786 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas traviesas
Dirección UDS: San Fernando Sector la Florida Teléfono UDS: _____
Hoja __ de __

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO 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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1201291674	Luciana	Isabel	Gómez	Garcés	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						19		
02		1201293464	Liah	C	Chavarro	Martinezaparicio	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
03		1044021717	Cristal	Darianis	Tapias	Barro	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
04		1230350099	Luis	Angel	Gutierrez	Ilerena	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
05		1044023913	Alana	Sofía	Palomino	Gonzalez	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
06		1201293910	Samir	Isaac	Viloria	López	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
07		1081936755	Isaac		Palencia	Martinez	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
08		1235053983	Jackson	Elías	Geney	Jimenez	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
09		1048101250	Sara	Sofia	Martinez	Berrio	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
10		1240699458	Thiago	David	Pernalete	Amaya	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
11		1249068354	Mia	Baldovino	Baldovino	Botero	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						19		
12		1044018298	AARON	DAVID	GUZMAN	TORREZ	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						17		
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																														TOTAL		233		

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

COORDINADOR(A) EA

María Cabarcas 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

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800188920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Concepcion Palacio c CC: 45486399
Código CUENTAME UDS: 1300100 3937 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: Mis Primeras Luces
Dirección UDS: Jorge E. Gaitan-kra.80-B.4, # 10-83 Telefono UDS: 3126254539

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1048472812	Elihan	Gael	Cañate	Reyes	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	R.C	1143421184	Lairent	Elihe	Herena	Cruzo	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	R.C	1201287467	Valentina		Ramos	Hernandez	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	R.C	1249068511	Nathan	Saul	Diaz	Carabalo	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	R.C	1249069629	Emma	Sofia	Gomez	Zuñiga	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	R.C	1201293093	Ian	Rafael	Mora	Pajaro	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	R.C	1041999931	Naileena	Violetth	Lopez	Centeno	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	R.C	1249070717	Samuel	David	Guerrero	Hollo	1	7	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
09	R.C	1201289039	Sara	Isabel	Valdelamar	Rodriguez	3	11	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	1	
10	R.C	1052742118	Abrahan	De Jesus	Morales	Tatis	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	R.C	1143422633	Dominik	Karin	Cassiani	Miranda	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	R.C	1048471883	Lian	David	Polo	Puello	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	R.C	1201291324	Naijdelin	Jordani	Arrieta	Berrio	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	245	2	

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

COORDINADOR(A) EA

Concepcion Palacio Castro
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

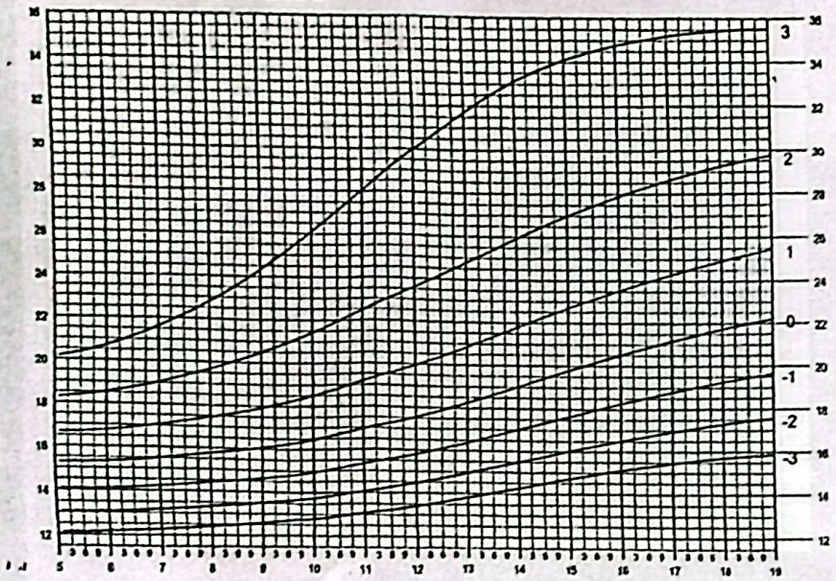
FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

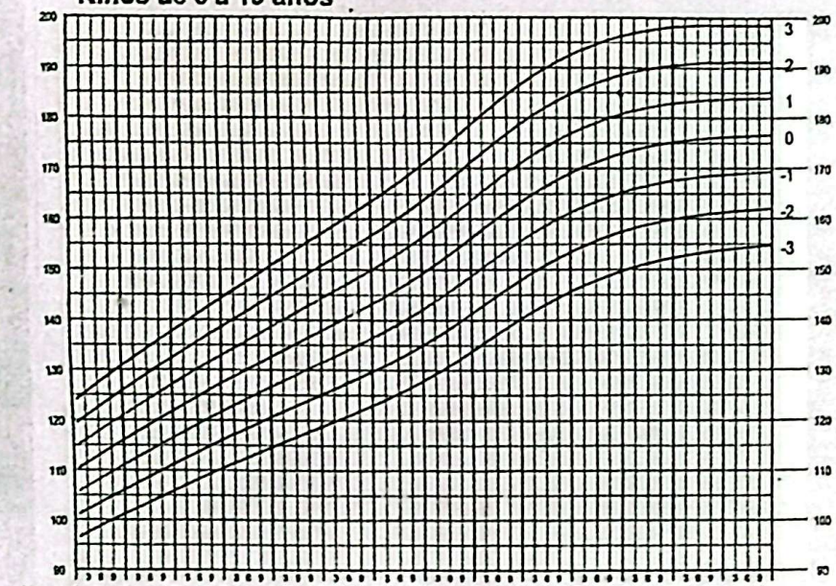
FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
6-02-26	Sara Isabel Valdelamar Rodriguez	R-C	Gripa	La niña no asistió por Tener gripa	reposo	Tener control con la niña en casa	Concepción Palacio Castro	no es necesario	Blanca V. Rodriguez M.
11-02-26	Samuel David Guerrero Hollos	R-C.	cita de crecimiento y desarrollo	El niño no asistió por tener cita medica	Entrega Documento	cumplió con Su cita.	Concepción Palacio castro	no es necesario	Oscar D. Guerrero N.

Indice de masa corporal
Niños de 5 a 19 años



Talla para la edad
Niños de 5 a 19 años



IMPRESO POR INSUMOS IMPRESOS NIT. 73167945-8 TEL. 6945625

Hospital Local
Cartagena
Tejiendo Calidad

11/ JUNIO / 2026

2:00 pm

Control Crecimiento

Jefe! ROSA

No. historia clínica: 1246

Fecha de nacimiento: 29

Nombre del niño: Samuel David

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

Fecha	Edad meses	Peso (kg)	Longitud (cm)	Observaciones	E	D	Fecha	Hora
29/11/24	5 cum	6.7	65	Dra. Lineth K. Ospino B. RM 167 Médico General Universidad del Sinú	X		29/NOV/2024	11:40Am
28/1/25	8m	8.5	70	Rosa A. Contreras Montaña Técnica Jefe Universidad Cartagena Reg. No. 6372			28/01/2025	9:00AM
2/10/25	15 cum	10.8	79	Dra. Lineth K. Ospino B. RM 167 Médico General Universidad del Sinú	X			
11/2/26	19mo 17cm	11.3	83	Rosa A. Contreras Montaña Técnica Jefe Universidad Cartagena Reg. No. 6372			2/Febrero/2026	2pm.

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: fundacion carlyn
NIT: 800189990-5 NUMERO DE CONTRATO: 13001171-2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: comunitaria
SERVICIO DE ATENCION:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la B Manga: cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Aida cuadrado CC: 45753444
Codigo CUENTAME UDS: 1300100069528, Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi jardincito
Dirección UDS: Jorge Eliecer gaitan kibobi #10-114 Telefono UDS: 3126958244

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044022672	Carlos	Arturo	Mata	Caraballo	2	10	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	1201297562	Walter	Emmanuel	Perez	Valdez	3	0	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
03	RC	1042597496	Hans		Geliz	Vanegas	3	5	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	1042598354	Alan	David	Geliz	Vanegas	2	4	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	1249070729	Angel	De Jesus	Julio	Sanchez	1	7	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	1143423809	cristian	Junior	Palomino	Florez	1	11	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	1253658572	Danna	Sofia	Gaviria	Rodriguez	2	2	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	1238357556	LYA	Marcela	Batista	Anaya	1	9	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	1201293722	Francis	Yeremmy De Jesus	Miranda	Theran	1	8	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	1249070860	CHLOE	SOFIA	Caro	Coa			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	1249068944	Angelo		Salas	Romero			A A	A A A A A	A A A A A	A D A A	A A A A A	17		
12	RC															
13	RC															
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	189	

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:	

COORDINADOR(A) EA

Aida Maria cuadrado Alvarez
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 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la comunidad Gustavo Martínez Caraballo
NIT: 800158920-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial de la bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Sabina Luna P CC: 32.937.772
Código CUENTAME UDS: 1300100025945 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Sto Fdo Sector Sirlos bol ell 8TA 81A 22 Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																				
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1050980524	Jesús	Daniel	Gómez	Gómez	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
02	RC	1201284126	Kerlianis		Toro	Pérez	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
03	RC	1043343130	Samuel	Daviel	Contrera	Ospino	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
04	RC	1201292457	Antoniela		Caicedo	Banda	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
05	RC	1044021652	Salome	Esther	Galvis	Tesorero	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
06	RC	1235051505	Yarilis		Martinez	Guzman	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
07	RC	1201201894	Emily	Paola	Leal	Avila	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
08	RC	1249259240	prisleth	Carolina	Iriarte	Pulgar	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
09	RC	1249069935	Ariadna	Lucia	Gonzalez	Ferrer	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
10	RC	1242389917	Kenner	David	Ricardo	San Martin	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
11	RC	1201293438	Abigail		Ospino	Arevalo	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						18		
12	RC	1253658502	Sarah	Luz	Tamara	Caballero	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	I						17	1	
13	RC	1249069083	Geronimo		Otero	Ricardo	2	6	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A			A	A	A	A	A						17	1	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	232	2	

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:	

COORDINADOR(A) EA

Sabina Luna Pacheco
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

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
17.02.26	Sabina Luna polo	32.937.772	Marcha	se reporto por los pagos	estoy atentos a las necesidad		Sabina luna polo		Sabina Luna polo.
20.2.26	Sabina luna polo	32.937.772	Jornada pedagogica	Tenen. nuevos conocimiento cada dia	poner en practica lo aprendido		Sabina luna polo		Sabina luna polo

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800169920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Febrero AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Luz Stella Flaus G. CC: 45505586
Código CUENTAME UDS: 1300100069532 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Pequeño Gajo
Dirección UDS: San Fernando Teléfono UDS: 3145121207

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V			
01	RC	1146157452	Isabella	—	Cortez	Turizzo	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
02	RC	1044023161	Dilmaris	Paola	Moreno	Padilla	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A				A	A	A	A	A					18		
03	RC	1.201292427	José	Daniel	Contreras	Ferrer	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
04	RC	1.249069610	Isaac	David	Herrera	Pérez	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
05	RC	1049589129	Laura	Sofía	Jaramillo	Bermúdez	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
06	RC	1201292861	Karla	Sofía	Morales	Rodríguez	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A			A	A	A	A	A					17	1	
07	RC	1101467150	Helen	—	Hauge	Pereira	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
08	RC	1.143.422.276	Isaías	Emiliano	Romero	Arroyo	3	—	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
09	RC	1.042597314	Evan	Matheo	Valdés	Bernal	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	I					17	1	
10	RC	1249671240	Luciana	—	Pérez	Martínez	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A	A	A					18		
11	RC																																				
12	RC																																				
13	RC																																				
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																		TOTAL	178	2	

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: ___

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
18-02 2026	Karla Sofia Morales R	1201292861	Inasistencia	no asistencia por motivo de salud	Dialogar con el Padre usuario	Informar al HCB Por escrito	Luzmy Ramos	no Hubo	
27-02 2026	Evan Valdes B.	1042597314	Inasistencia	no asistia por motivo de salud	Dialogar con el Padre usuario	Informar al HCB por escrito	Luzmy Ramos	no hubo	
17-02 2026	Luz Hary Ramos G	7300 1000 695 32	Participacion del paro		"	Luzmy Ramos		"	
20-02 2026	Luz Hary Ramos G	7300 1000 695 32.	Jornada Reflexiva		"	Luzmy Ramos		"	

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: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800186820-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1380117124
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): ARGENIDA C.AHUMADA BAUTE CC:
Código CUENTAME UDS: 1300100047805 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CHISPITAS MAGICAS
Dirección UDS: CIUDADELA 2080 MZ 7 LOTE 83 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	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	1249066961	JIREH	SOFIA	MARTINEZ	CORDOBA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
02	RC	1249068107	BRAIL	KARELL	TEHERAN	HERNANDEZ	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
03	RC	1143423177	RICHARD	JUNIOR	PEREZ	GOMEZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
04	RC	1.043.340.194	GAEL	EMILIO	PEREZ	SIERRA	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
05	RC	1143423042	ISABELLA	SOFIA	SIERRA	NEGRETE	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
06	RC	1.044.020.963	SHAIRANY		ALTAHONA	LICONA	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
07	RC	1.048.471.027	JAIDER	JOSUE	CAMAÑO	BARRIOS	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
08	RC	1.142.954.697	EMILY	YOHANA	CAMPO	ROJAS	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
09	RC	1949070872	ADRIAN	DE JESUS	CAMPO	ROJAS	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
10	RC	1249069991	YORWIN	DAVID	AGAMEZ	DIMAS	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
11	RC	1249070060	SHADDAI	SOPHIA	PEREZ	MARTINEZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A	A						18		
12	RC																																		
13	RC																																		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 180

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

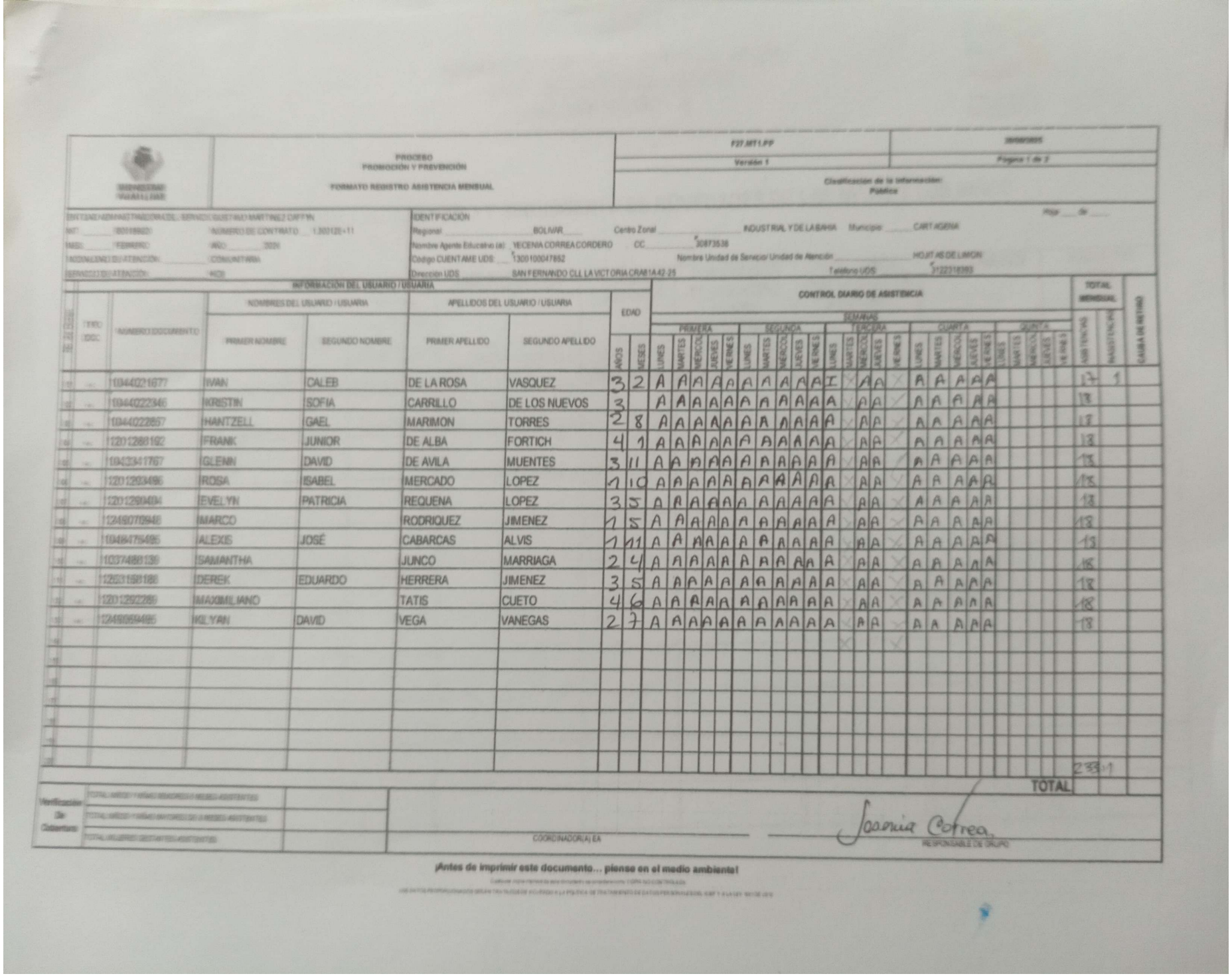
BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
20-2-26	Citas Clínicas	1000 43905		Jornada Refu Pedagógica	11	11	Arquesida Almanza	11	Arquesida

Powered by CamScanner



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP | Versión 1 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

Hoja ___ de ___

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLIVAR | Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA | Municipio: CARTAGENA

Nombre Agente Educativo (a): YECENIA CORREA CORDERO | CC: 30873538

Código CUENTAME UDS: 130010047852 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOJITAS DE LIMON

Dirección UDS: SAN FERNANDO CLL LA VICTORIA CRA81A42-25 | Teléfono UDS: 3122318383

	TIPO DOC	NUMERO 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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									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	..	1044021677	IVAN	CALEB	DE LA ROSA	VASQUEZ	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	X	A	A	X	A	A	A	A	A						17	1	
2	..	1044022346	KRISTIN	SOFIA	CARRILLO	DE LOS NUEVOS	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
3	..	1044022857	HANTZELL	GAEL	MARIMON	TORRES	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						17		
4	..	1201288192	FRANK	JUNIOR	DE ALBA	FORTICH	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
5	..	1043341767	GLENN	DAVID	DE AVILA	MUENTES	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
6	..	1201293496	ROSA	ISABEL	MERCADO	LOPEZ	7	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
7	..	1201289494	EVELYN	PATRICIA	REQUENA	LOPEZ	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
8	..	1249070948	MARCO		RODRIQUEZ	JIMENEZ	7	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
9	..	1048475495	ALEXIS	JOSÉ	CABARCAS	ALVIS	7	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
10	..	1037488139	SAMANTHA		JUNCO	MARRIAGA	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
11	..	1203158188	DEREK	EDUARDO	HERRERA	JIMENEZ	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
12	..	1201292289	MAXIMILIANO		TATIS	CUETO	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
13	..	1249089495	KILYAN	DAVID	VEGA	VANEGAS	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	X	A	A	A	A	A						18		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																		233	1	

TOTAL

Verificación de Cobertura

COORDINADOR(A) EA

Yecenia Correa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
[illegible]	Ilian - [illegible]	1044021677	sintomas gripales	Sintomas asociados con la gripe	llamada telefonica	Verificar su estado salud	Yesenia Correa C	llamada telefono mamá	[signature]
12/02/26	Dos Hojitas de Ilumión	1360102473852	Cuentame	Jornada Reflexiva pedagogica	11	11	Jesenia Correa	1,	Jesenia Correa

06/02/2026

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

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: CAFIN
NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: _____
MES: 02 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: HCB
SERVICIO DE ATENCION: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la B Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Modesta Romero CC: 45 486 671
Codigo CUENTAME UDS: 1300 10010 3928 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cariñositos
Dirección UDS: S-Fdo Simon Bolivar Teléfono UDS: 3206502615

Hoja ___ de ___

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
01	RC	1048472084	Samuel	De Jesus	Cabarcas	Santiago	3		A A A A A I I I I A A A A A A A A A A	15	4	
02	RC	1201288873	Valentina		Blanquicet	Barraza	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1044022270	Antonella	Sofia	Berrio	Tejada	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1201286999	Juan	Sebastian	Corcho	Posso	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	RC	1253658849	Lauren	Sofia	Zarza	Chico	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	RC	1249068790	Adrian	David	Costro	Nunez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	12490686	Liam	Jose	Lopez	Torres	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1201287195	Samanta	Paola	Blanco	Vega	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09	RC	1044021709	Kamila	Andrea	Hoy	Correa	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10	RC	1044020385	Nohomy	Sofia	Puerta	Bello	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
11	RC											
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 186 ÷ 19.9.78

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

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: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189020 NUMERO DE CONTRATO: 130011712024
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 1
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): LORCY CARBALLIDO DIAZ CC: 22951812
Código CUENTAME UDS: 1300100103774 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI NUEVA ILUSION
Dirección UDS: SAN FERNANDO CRRA 80C N° 14A 05 Teléfono UDS: 3187293327

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1043342711	ISABELLA		ANGULO	BUENDIA	3	4			18		
02	RC	1047520401	SKAI NATSU		CABEZA	TORREGLOSA	4	4			16	2	
03	RC	1201290433	ADI	LUCIA	FLORES	CARRASQUILLA	3	5			18		
04	RC	1201287682	BIANCA	ISABEL	GARCES	PINEDA	3	2			17	1	
05	RC	1249070613	NOAH		HERNANDEZ	DIAZ	1	7			16	2	
06	RC	1042597292	MARIA	PAZ	MARTINEZ	PESTANA	3	11			16	2	
07	RC	1201292731	ELIAS	ANDRES	MARTINEZ	PATERNINA	2	6			16	2	
08	RC	1249068308	MATIAS	DE JESUS	MEJIA	MARTINEZ	3	2			17	1	
09	RC	1249068031	SHAIRA	MARIA	MORENO	FUENTES	3	3			15	3	
10	RC	1042598369	VICTORIA		TAPIA	ARRIETA	2	5			18		
11	RC	1201292797	EMILIANO		TARAZONA	ARRIETA	2	5			18		
12	RC	1044022805	BENJAMIN	ORLANDO	VENECIA	ROPAIN	2	9			18		
13	RC												
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 187 (3)

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

COORDINADOR(A) EA

Lorcy Carballido Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
17-Feb 2026	HCB Hi Nueva Ilusión	1300100103774	Paro	Paro por plantón	"	"	Lorena Carballido Diaz	"	
20-Feb 2026	14.CB Hi Nueva Ilusión	1300100103774	cuentame	Jornada Reflexiva	"	"	Lorena Carballido Diaz	"	

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189926-8
NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: feb
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA MAYA
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Cortes
CC: 22807787
Código CUENTAME UDS: 1300100069523
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pinitos
Teléfono UDS: 3205466155

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	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	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANA PRIMERA (LUN, MARTES, MIERCOLES, JUEVES)	SEMANA SEGUNDA (LUN, MARTES, MIERCOLES, JUEVES)	SEMANA TERCERA (LUN, MARTES, MIERCOLES, JUEVES)	SEMANA CUARTA (LUN, MARTES, MIERCOLES, JUEVES)	SEMANA QUINTA (LUN, MARTES, MIERCOLES, JUEVES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CLAVE DE INGRESO
01	RC	1044019130	Noah		Alcala	Almeida	4	2	A A F A	A A A A	A A A A	A A F A		16		
02	RC	1201289084	Carlos		Barcasnegra	Campillo	3	9	A A F A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
03	RC	1049588539	Alaia	Sofia	Barrios	Herrera	3	8	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
04	RC	1044017529	Alan	David	Canencia	Palencia	4	6	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
05	RC	1201286835	Matteo		Cano	Vergara	4	6	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
06	RC	1043349678	Alexa		Castro	Romero	2	6	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
07	RC	1043342659	Elis	Ariana	D. Avila	Rincon	3	5	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
08	RC	1261289985	Alaina	Gizell	Hurtado	Bossio	3	6	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
09	RC	1201291107	Elimy	Sofia	Perez	Barboza	3	2	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
10	RC	1043346187	Maximiliano	Andres	Peroza	Acosta	1	8	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
11	RC	1043345570	Elias	David	Taplas	Gonzalez	2	0	A A A A	A A A A	A A A A	A A A A		16		
12	RC															
13	RC															
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL 145

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) ETA

Sandra Cortes
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez CAFFIN
NIT: 800188920-5 NUMERO DE CONTRATO: 1300117s/24
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial y La BAHÍA Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Regina Amaya Perez CC: 33154964
Código CUENTAME UDS: 1300-100069519 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Pequeño Mundo
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitán KRA 31-1056 Teléfono UDS: 3116495291

Hoja ___ de ___

No. de Orden	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	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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1201289594	Linsay	Carolina	Lopes	Rangel	3		A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A		18		
02	RC	1144020653	Darianis	Sofía	Arroyo	Canabal	3	1	A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
03	RC	1044023917	Betty	Sofia	Arroyo	canabal	1	10	A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
04	RC	1143[illegible]3129	Mariana		Vargas	Narvaes	2	8	A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
05	RC	1047522140	Milagro		Castellon	Pajaro	4		A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
06	RC	120128 7711	Emma	María	Arrieta	Aguilar	4		A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
07	RC	1143421393	BayoLeTH		Perez	Sarabia	3	7	A A A A A	A A A A A	A A	A A A A A		18		
08	RC	1143421363	Rafael	Junio	Zabaleta	Mejía	4		A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A		18		
09	RC	1249068097	Luisa	Fernanda	Franco	Canoles	3	5			A A	A A A A A		7		
10	RC	1143423056	Omer	José	Hernandez	Pinto	2	7			A A	A A A A A		7		
11	P															
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

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	

COORDINADOR(A) EA

Regina Isabel Amaya Perez
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

Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Berta Jimenez B. CC: 22.792.912
Código CUENTAME UDS: 13001000069536 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños Traviesos
Dirección UDS: Jorge E. Gaitan K 80 B2 Teléfono UDS: 3116886243

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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	1249070375	Fabian	David	Alvarado	Rondon			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
02	RC	1235052861	Mathias		Castillo	Gomez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
03	RC	1137543732	Elian	Jose	Salgado	Hernandez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
04	RC	1247258810	Isaac	de Jesus	Amaranto	Correa			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
05	RC	1043345629	Josue	Emmanuel	Leal	Torres			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
06	RC	1249069933	Gael	David	Arnedo	Polo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
07	RC	1143423470	Eithan	Karim	Castellar	Martinez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
08	RC	1044020578	Carlos	Andres	Ledesma	Manzanilla			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
09	RC	1201293428	Genesis	Isabel	España	Jimenez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
10	RC	1137543746	Emili	Sofia	Ospino	Arias			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						19		
11	RC	1253659596	Logan		Restrepo	Pinto								A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						14		
12	RC	1044016913	Alan	Valentin	Morales	Guzman								A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						14		
13	RC																																	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL		

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Clasificación de la Información: Publica

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion Gestalt Martinez Calle NIT: 9001899206 NUMERO DE CONTRATO: 1300471-24

PIEF: Talento Comunitario 2024

MODALIDAD DE ATENCION: Comunitario

SERVICIO DE ATENCION: H & B

IDENTIFICACION

Regional: Bolivar

Nombre Agente Educativo (a): Nataly Pacheco Ruiz

Codigo CUENTAME UDS: 3001001037912

Direccion UDS: CRA 60 F 4E 20

Centro Zonal: Industrial y la Bahia Unidad: cartagena

CC 1045552607

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: Amiguitos

Telefono UDS: 6611154

Hoja ___ de ___

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	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	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	rc	1044622541	Eimmy	Sophia	Camargo	Gratacal	4	6
02	rc	1249020043	Samanta	Lucia	Peallo	Moralas	2	6
03	rc	1059615630	Valery	Sofia	arroyave	rquatta	3	1
04	rc	1044023625	Aylanes		aguilera	Florez	2	1
05	rc	1201291962	Alix	Sofia	Caballo	Robles	2	10
06	rc	1249064091	Jhoanny		Padilla	Salcedo	2	7
07	rc	1143421395	Shailen	Hali	pacheco	Ruiz	3	7
08	rc	1249020370	Shailin		Ariza	Alvarado	1	10
09	rc	1201290616	Joxcelaste		Paez	Altamar	3	4
10	rc	1046471769	Klauss	David	Barrio	Montaroza	4	
11	rc	1249066669	Ala	David	Magallanes	Zuñiga	2	11
12	rc	1249069866	Saul	Alejandro	Salcedo	Uria	2	2
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERES
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A					
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			
16			

TOTAL 192 − 180 = 12

Verificación

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:

Nataly Pacheco Ruiz

BIENESTAR FAMILIAR

GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
20-2-26	HJS	1300100103392	cancelación	Participación pago gigantografía Pascual					
19-2-26	Cathaljuros	1300100103493	Pago por no pago	Pantalla altoparlante Para el Pago del cine					

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ DAFFYN
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Magdalena Chavez CC: 45462835
Código CUENTAME UDS: 1300180069541 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los capullitos
Dirección UDS: JOYCE Gaitan Kraso B-2 #1090 Teléfono UDS: 3235180198

Página ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	
01	RC	1044018805	ARian	David	Guerra	Duran	4	1	19		
02	RC	1201287495	Alanna	Sofia	Oviedo	Villalobo	4	3	19		
03	RC	1048472839	Juan	Andres	Velez	Miranda	3	6	19		
04	RC	1201288579	noah	Said	castillo	nieves	3	10	19		
05	RC	1044942126	Alaia	Maria	causado	canoles	4	2	19		
06	RC	1249068675	Kattleya		Araujo	Arrieta	2	10	19		
07	RC	1201292468	ROGer	IVan	Martinez	MeJia	2	6	19		
08	RC	1201289718	Emma	SOPHia	Torre	Rodriguez	3	7	19		
09	RC	1201293815	Hayley		torrecilla	Guerrero	1	6	19	5	
10	RC	1249069776	Milagro	de Jesus	OSorio	Alvarez	2		19		
11	RC	1043345487	Luis	Fernando	Meza	Gutierrez	3		19		
12	RC	1249069262	tomas	Alonzo	carrascal	valle	2		19		
13	RC										
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL 235		

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:

COORDINADOR(A) EA

Magdalena Chavez
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

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE NOVEDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

FECHA Feb 2	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
2 AL 6 2026	Hayley tordecilla	1201293 815	Consul famedi	Cubriendo Citas	tener los doc	Llamada telefonica	Magdalena	Llamada	Escribio

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	28/08/2025
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: _____ 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: ___1300117124
MES: FEBRERO AÑO:_2026_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO_____
SERVICIO DE ATENCIÓN: __HCB_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de _____
Regional: _____BOLIVAR_____ Centro Zonal _____ INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: ___ CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): _____ ENA CAMARGO CC_____1143338337_____
Código CUENTAME UDS: __130010069546_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención__ESTR5ELLITASA DE JESUS_____
Dirección UDS: _____ JORGE ELIECER GAITAN KRA 80B3 # 13 A 16 Teléfono UDS: ___3107147965_____

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	1235052095	BRENYLU	CELESTE	STOR	CASTRO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I						16	2	
02	RC	1249068350	THIAGO	JOSE	MARTINEZ	DE ARCO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
03	RC	1247258183	MARIANA		MIRANDA	BERRIO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
04	RC	1247258184	MARIANGEL		MIRANDA	BERRIO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
05	RC	1043344679	AXEL	DAVID	CASTRO	ROMERO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
06	RC	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
07	RC	1201290135	LUCIANA		DE VOZ	MIRANDA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A						17	1	
08	RC	1143421184	DANNY	JOSE	OSUNA	ZAPATA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A						17	1	
09	RC	1253659306	AISHA	JULIE	TEJEDOR	CASSIANI	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
10	RC	1241443790	ADHARA		GOMEZ	GONGORA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
11	RC	1143274065	THIAGO	JORDIN	MARQUEZ	PEREZ	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
12	RC	1249070054	SHAROL	MILAGRO	CABARCAS	GONZALEZ	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
13	RC	1253658567	AINHARA	SOFIA	QUINTANA	CASTRO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A						18		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	230	4	

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:	

COORDINADOR(A) EA

Ena Luz Camargo
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 POLÌTICA 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: Fundación de la Comunidad Caffa. NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO: 1300 1171-2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. C. B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial de la Bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Monica Diaz CC: 45.531772
Código CUENTAME UDS: 13001001039 33 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Estrellitas
Dirección UDS: Sanfernando Teléfono UDS: 3008434320

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: 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	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.117.035 902	Adara	Sofia	Caicedo	Gonzalez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
02	RC	1201291803	Emmanuel		Gomez	Hernandez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1201289786	Salome		Torres	Torres			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
04	RC	1043341289	Luciana		Arroyo	Atencia			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1201243253	Salome	Sofia	Chico	Rivera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1249070046	Dominick	De Jesus	Avila	Ruiz			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1201289310	Emmanuel	De Jesus	Palacios	Ayos			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1249068174	Kenneth		Matute	Contrera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1042597325	Alan		Vergara	Barrios			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1249070171	Isabella		Chico	Burgos			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1201286459	Matthew		Gomez	Hernandez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12	RC	1048946039	Luis	Felipe	Gongora	Valiente			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13	RC	1142955466	Keiron	Damian	Bohorquez	Villa			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
										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:	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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: Gustavo Martinez Caffyn. NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: 1300117 12024.
MES: Febrero AÑO: 2025.
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y de la B Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Yineth P. Teran C. CC. 1143339433.
Código CUENTAME UDS: 13001000047803 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Principio del Saber
Dirección UDS: Ciudadela 2000. Telefono UDS: 3194807099

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235051344	Angelo		Armesto	Guerra	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
02	RC	1201288308	Marian	Sofia	Ortiz	Barrios	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
03	RC	1049588503	Juan	Sebastian	Teran	Ramos	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
04	RC	1238348373	Kylian	Samuel	Suarez	Roa	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
05	RC	1201291524	Angelo	De Jesus	Vilonia	Herrera	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
06	RC	1201291486	Jonathan	Junior	Villalobos	Rincon	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
07	RC	1249068238	ILam	Andres	Murillo	Lopez	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
08	RC	1043343218	Carlos	Alessandro	Serpa	Salas	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
09	RC	1249068605	Eliell	steve	Herrera	Gonzalez	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18	0	
10	RC	1249069785	Dar-Kiel		Estremor	Marquez	2	2	A A A A A I A A A A I A A A A A A A A A		16	2	
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 1+2

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO 1143339433

¡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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001177/24
MES: Feb AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y la Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Karen E. Tinoco CC: 32937576
Código CUENTAME UDS: 1300100069467 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Raicitas
Dirección UDS: Villa Rubia Mz C Lote 2 Apto 2 Teléfono UDS: 3017724903

Hoja 1 de 1

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1201290708	Mia	Isabella	Martinez	Villa			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1043344250	Keiry	Silvana	Rodriguez	Correño	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1242390598	Peyton	Maria	Bertran	Piña	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1048474731	Kendall	Sophia	Cares	Tolves	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1201289719	Isaac	David	Rojas	Fuentes	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1201292522	Jhonle	Stiven	Kimarria	Lopez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1043345914	Hans		Daza	Martinez	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1081937366	Keyvin	Manuel	Solis	Avila	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1238347863	Adael	Milan	Pevea	Rodriguez	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1249068561	Peythan	David	Chiquillo	Pacheco	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1048475269	Alaia	Uriel	Rodriguez	Sierra	2		A A A A A A A	7		
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Karen E. Tinoco Quirós
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MD12.PP | Versión 5 | 29/05/2013 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Fundación Gustavo Mo. Gaffin
800189920
Febrero
Comunitario
Tradicional
Contrato 1300117-2024
Año 2026
Identificación Regional Bolívar
Nombre Agente Educativo (a) Sonia Arroyo V.
Código CUENTAME UDS 1300100069462
Dirección UDS El Educador calle 3a
Centro Zonal Industrial de Lab
CC 45516307
Municipio Cartagena
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Gotitas de Amor 2
Teléfono UDS 3023380447

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL ASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	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	1048470967	Elizabeth		Arroyo	Guerrero	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A						17	1
02	RC	1201289662	Emma		Batista	Morillo	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
03	RC	1249068010	Yulianis	Andrea	Ameta	Maca.	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18	
04	RC	1242389869	Alisson	Lucia	Ochoa	Cordoba	2	10	I	I	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	S	I	I	I						12	6
05	RC	1143422732	Shailpana	Del Carmen	Espinosa	Casalet	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
06	RC	1238350344	Leonela		Mendivil	Sosa	2	6	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						17	1
07	RC	1253658351	Naelys	Yireth	Arroyo	Guerrero	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
08	RC	1201293023	Abigail	Sofia	Medina	Pérez	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
09	RC	1235053683	Mayleen	Sofia	Mejía	Carmona	1	11	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						17	1
10	RC	1044021240	Matia	David	Escandon	Ochoa	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
11	RC	1201290694	Emiliano		Ruiz	Rodriguez	3	4	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						17	1
12	RC	1043343402	Ismael	David	Cardenas	Payares	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
13	RC	1242390441	Lohan	Andres	Julio	Matos	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						18	
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
																														TOTAL 224	10	

Verificación De Cobertura

13

COORDINADOR(A) EA

Sonia Arroyo 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

Powered by CamScanner

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: Caflin Gustavo Martinez
NIT: 800,189920-5 | NUMERO DE CONTRATO: 1900117/122024
MES: Febrero | AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo

IDENTIFICACION
Regional: Bolivar | Centro Zonal: Industrial de la Bahia | Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Cecilia Lambis | CC: 33143365
Codigo CUENTAME UDS: | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: TIN-TIN
Dirección UDS: San Fernando sector Jorge Egaitan | Telefono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	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	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RS	1249070825	Kaila	Sophia	Cardona	Arias		
02	RS	1249069996	Ellette	Isabel	Chiquillo	Ramos		
03	RS	1241289169	Antonella	Sofia	Martinez	Naizir		
04	RS	1253659490	NOAH	David	Navas	Fernandez		
05	RS	1249068351	Lyan	David	Navas	Ruiz		
06	RS	1047527173	Lyam	Alexander	Ortega	Figueroa		
07	RS	1043343154	Samuel	David	Pereira	Canate		
08	RS	1207290300	Abby	Daniela	Rodelo	Guzman		
09	RS	1249071531	Alaia	Isabela	Ramos	Gonzalez		
10	RS	1044024283	Genesis		Zuñiga	Muñoz		
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No de Orden	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	DAUSA DE RETIRO
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						18		

Marcha x el agro

Tomada Retirada

TOTAL 180

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

COORDINADOR(A) EA

Cecilia Lambis
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

Powered by CamScanner