BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 6	Página 1 de 1
	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: NIT: 835.000.708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 760135 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca
Nombre Agente Educativo (a): Margarita A. P cc 29230459
Código CUENTAME UDS: 760900071526
Dirección UDS: Bajo calima

Centro Zonal: B/tura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ 6
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los laureles
Teléfono UDS: 3185930492

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL
01	R.C	1144002096	Kailyn	Adhara	Murillo	Fernandez	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
02	R.C	1113154817	Angel	David	Lopez	Velez	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
03	R.C	1113544280	Bryanna	Alejandra	Torres	Murillo	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
04	R.C	1235145843	Geider	Alexander	Manyoma	Torres	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
05	R.C	1235146036	Jhan	Anderson	Benitez	Manyoma	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
06	R.C	1235146619	Asly	Soee	Mantoma	Torres	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
07	R.C	1078694698	Henrry	Gael	Gamboa	Murillo	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																	TOTAL	19

Verificación De Cobertura	[illegible]	07	COORDINADOR(A) EA	Margarita Aspril — RESPONSABLE DE GRUPO
	[illegible]	07		
	[illegible]			

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Tejido comunitario
NIT: 2500090B-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: 2 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIDO
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CRUZ CC 66742318
Código CUENTAME UDS: 7010071866 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: TERRUM 1
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3184202441

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1116085762	EVANIS		Hurtado	Largacha		11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1111930668	NOHANI	JOSE	VALENCIA	TORRE	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1111930051	ADHARA		Longa	García		14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1150957064	ANA	MARIA	Arboleda	Sinisterra		10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1111930519	JEIREL	JOEL	Tomayo	Inagoso		12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1235147827	Derlini	PAMELA	Siniestera	Arboleda		19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1235148192	NEIBY	DEYORA	MANYOMA	MURILLO		4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1235148128	LAHIANA	EMIRI	DOMINGUEZ	ORTIZ		7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	CC	1028185818	MARIA	ESTEFANI	VARGAS	SILVA	22		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	CC	1028186788	NASLY	YICETH	CORREDO	GARCES	25		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	CC	1151407948	MARIZOL		ANGULO	RIVAS	18		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	CC	1151439878	MONICA	LONGA	GO	GONZALES	37		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	RC	1113376472	EIMY		RIVERA	MURILLO		7	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	19		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

MARIACRUZ RIVAS
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Bajo Calima
NIT: 835.000.708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635202-4
MES: FEBRERO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Primera infancia
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Leticia Murillo CC: 1028161301
Código CUENTAME UDS: 7610900715344 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los claveles
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3184478362

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1059069131	JESUS	DAVID	ANGULO	IBARGUEN	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	R.C	1191226172	GERSON	ZAID	BENITEZ	RIVAS	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	R.C	1111927128	AINARA	SOFIA	TORRES	RIVAS	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	R.C	1235146877	FEDERTE	SMITH	RIASCO	DAVILOS	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	R.C	1235145660	GENESIS	YARET	MORENO	RIASCO	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	R.C	1079360748	LUCI	VANESA	VELASQUEZ	CABEZAS	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	R.C	1234201759	LIAM	DAMIAN	MOSQUERA	RIVAS	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	R.C	1111925516	AINARA	JIRET	IBARGUEN	ZUÑIGAS	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09												
10												
11												
12												
13												
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:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Leticia Murillo B.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ICBF
NIT: 899999239-2 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hogar Familiar comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Yanet Zuli Rivas. CC: 31 586.352
Código CUENTAME UDS: 7610900071564 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Flor del Bosque.
Dirección UDS: Aldea- Bajo Calima Teléfono UDS: 3178528564
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1114560288	Shelmy	Alexandra	Manyoma	Torres	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
02	R.C	1235147072	Jeasan	Yelud	Roldan	Rivas	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	1111928573	Nelson	David	Angulo	Sanchez	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
04	R.C	1139838000	Edwin	Darley	Mena	Vargas	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
05	R.C	531076538	Gael	Yusay	Vargas	Rivas	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
06	R.C	1111928863	Emanuel		Gonzalez	Acevedo	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
07	R.C	1150956523	Jose	Jansel	Sinisterra	Murillo	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08	RC	1144005184	Liam	Gael	López	Riascos.	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
TOTAL																																				

Verificación De Cobertura	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

COORDINADOR(A) EA

Janeth Zully Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Bajo Calima
NIT: 835.000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Primera Infancia
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Lina Mercedes A. CC: 1111792681
Código CUENTAME UDS: 7610900070913 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Trapiches
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3181782852

Hoja ___ de ___

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIERCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIERCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIERCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIERCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIERCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111927605	INGRID	TATIANA	VALENCIA	GONZALEZ	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1235146.672	THIAGO	YAHIE	VICTORIA	VALENCIA	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1196716089	BAIRON	JEDERI	BERMUDEZ	LONDOÑO	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1196713 80	MAIKEL	ENYERSON	RAMIREZ	MEJIAS	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1111924960	KEVIN	SAMIR	MOSQUERA	GAMBOA	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1133755877	LUIS	EDUARDO	CARDONA	CONQUETA	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1111428738	ANDRES	felipe	UDIAS	valencia	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1111928568	REYNELL		ANGULO	ZAMBRANO	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1150956569	JOSHUA	ANDRES	SUAREZ	MURILLO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
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:	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Arboleda Tabou Ling
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario Bajo calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635226 24
MES: Febrero AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo.
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hogares comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Cindy Hurtado CC 1111757223
Código CUENTAME UDS: 7610900071529 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Tierra y caricia
Dirección UDS: Bajo calima Laldea Teléfono UDS: 3163944903

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 (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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1151973874	Aylin	Dahian	Martinez	Perea	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
02	RC	1144216218	Milan	Jose	Lozano	Rivas	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
03	RC	1235146651	Briany	Yoleidy	Lopez	Camargo	3	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
04	RC	1111926790	Hans	steimar	Mena	Grueso	3	9	I A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
05	RC	1111926972	Yaiden	Smith	Angulo	Murillo	3	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
06	RC	1235146677	Sergio	Andres	otalora	Carelli	3	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
07	RC	1235146729	Meilin	Dariana	Londoño	Rivas	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
08	RC	1144003961	Thiago	Alexander	Ceballos	Montenegro	2	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19	0	
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20													TOTAL	19	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Cindy Hurtado solis
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario del río calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hogar comunitario de Bienestar familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Yileidi Angulo CC: 1028161258
Código CUENTAME UDS: 7610900070901 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Florecitas del campo
Dirección UDS: Bajo calima Km 9 Teléfono UDS: 3103908608

Hoja ___ de ___

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		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	1115466957	Eiler	estiguar	tamayo	Riascos	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
02	RC	1234201611	Angel	Daniel	Largacha	Sanchez	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
03	RC	1113375232	Jose	Manuel	Angulo	Riascos	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
04	RC	1235147216	Elian		ospina	bangura	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
05	RC	1235147736	Zion	HeliAm	Murillo	Martines	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
06	RC	1235146062	Maria	Del Mar	valois	Asprilla	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
07	RC	1235146967	lia	zaHomy	Torres	valencia	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
08	RC	1111926836	ADAN	Felipe	TORRES		4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	20	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yileidi Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario rocalima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Ana Francisca
Código CUENTAME UDS: 7690900070387
Dirección UDS: la estrella KM 22

Centro Zonal: Rural Municipio: Buenaventura
CC 1111799805
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El progreso de los Hermanos
Teléfono UDS: 3167645775

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115467400	Adriana	Corina	Noguera	Montaño	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
02	RC	1144000878	Kevelin	Dahian	Murillo	Rubio	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
03	RC	1144004968	Salome		Murillo	Rubio	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
04	RC	1121884966	Jhoser	Alejandro	Pelaez	Delgado	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
05	RC	1232828892	Wueslin	Mathias	Martines	Zuniga	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
06	RC	1144003772	Emma	Sofia	Siniterra	Paredes	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
07	RC	1123212891	Jose	Daniel	Tangarife	Quintero	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20	0	0
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	20	0	0

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA
Días: LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES

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

COORDINADOR(A) EA

Ana Francisca
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.P/P	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Rio Calima
NIT: 835.000.708-5 NUMERO DE CONTRATO: 7601635 2014
MES: Febrero AÑO: 2016
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 a 4

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Martha Aduncolay CC: 1028600794
Código CUENTAME UDS: 7610900070887
Dirección UDS: Vereda los bajos
Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los primitos
Teléfono UDS: 312 874 95 22

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235145325	Enka	Tatiana	Montoya	Garcia	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
02	RC	1113375617	Lhia	Victoria	Montoya	Delgado	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
03	RC	1150955479	Lyan	Gael	Montoya	Aduncola	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
04	RC	1115467288	Claru	Isabela	Angulo	Montoya	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
05	RC	1235145912	Ahan	Nicol	Aduncola	Murillo	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
06	RC	1150954679	Duvan	Josué	Sinisterra	Aduncola	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	20	0	0

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

COORDINADOR(A) EA.

Martha A
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Btra Centro Zonal: Bta Municipio: Btra
Nombre Agente Educativo (a): S. paola M. CC: 66738703
Código CUENTAME UDS: 7616900679 4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Emmanuel
Dirección UDS: Km 4 cuero Teléfono UDS: 3508054853

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115466873	Angel	Damian	montaño	tamayo	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
02	RC	1196716448	Samantha		rojas	caicedo	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
03	RC	1154665552	Yeison	Esmi	advincula	montaño	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
04	RC	1115467721	Derek	Joan	montaño	tamayo	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
05	RC	1113375962	Thiago		gonzalez	cuero	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
06	RC	1150956496	Aaron	Shosept	caicedo	tamayo	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
07	RC	1151913908	Elian	Santiago	sanchez	hurtado	3	11	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
08	RC	1116879213	Helen	Aide	Virgcacho	galindo	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
09	RC	1113375736	Keiner	Camilo	vallecilla	lozano	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
10	RC	1119290066	Mailyn	Sofia	padilla	vergara	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
11	RC	1000254206	Aisel	Gabriela	Diaz	lora	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A						20	0	0
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																TOTAL	20	0	0

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

COORDINADOR(A) EA

S. paola moreno L
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
NIT: 835.000.708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: 02 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Yovana mosquera CC. 1111792508
Código CUENTAME UDS: 7610900056693 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caminito de Luz
Dirección UDS: Km 16 vía cali y Cauca Teléfono UDS: 3162713923

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						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	RC	1196716525	IRENE		Lopez	TORRES	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1235146030	YHOVER	EMMANUEL	GUZMAN	TORRES	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1115467479	ANGEL	DAHEI	HINESTROZA	IBARRA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1113704 [illegible]	Jhordan	ANDRES	CRUZO	Guapi	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1111929206	KEYDEN		SINISTERRA	TORRES	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1111925234	JEREMY	ESTEVEN	Mosquera	ARENAS	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	6		

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

COORDINADOR(A) EA

Yovana
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	20/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo bajo salima
NIT: 8350007065 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: febrero AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: B/tura Municipio: B/tura
Nombre Agente Educativo (a): Graciela Moreno CC: 24231560
Código CUENTAME UDS: 76130000720334 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Observando especi
Dirección UDS: cr 58 c116 sur Teléfono UDS: 3182273623

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			
01	RC	1196714902	Martin	Elias	Asprilla	castro	3	10		19	
02	RC	1119926741	Edwar	Santiago	paz	Alomia	3	7		19	
03	RC	1196216496	Nailin	Isabela	Quinones	Hurtado	3	5		19	
04	RC	1113574804	Ailin	Katherine	Quinones	Hernandez	4	10		19	
05	RC	1150956689	Keila	Nahara	Cundumi	Valencia	2	3		19	
06	RC	1119291449	Diani	Saray	Gamboa	Angulo	2	3		19	
07	RC	1150954494	Edwar	Josue	Olava	zuñiga.	4	10		19	
08	RC	1119309462	Howm	Noat	Valencia	Canga		10		19	
09	RC	1235146741	Mariam	Asher	cucro	Castro	2	10		19	
10	RC	1119289980	Kayli	Alejandra	carabali	Torres	1	11		19	
11	RC	1150956568	Dilvy	Josue	Mosquera	Quinones	2	3		19	
12	RC	1119300621	Adel	Salomr	Garcia	Riascos	1	2		19	
13	RC	1150956345	Aitany	Celeste	Garcia	Salazar	1	2		19	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 13

Verificación De Cobertura

COORDINADOR(A) EA

Graciela Moreno.
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
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Bajo Calima
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bltura Centro Zonal: Bltura Municipio: Buenaventura. Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Y. Revelo CC: 38473764
Código CUENTAME UDS: 76109000056824 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Angelitos traviesos
Dirección UDS: Bajo Calima Vereda la brea Teléfono UDS: 3114339400

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					#ASISTENCIAS	#INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115467374	Sharitee	Xyan	Quiñones	mosquera	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1235146058	Kehilin	Nahiara	Cordova	obando	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1115467299	Helen	Nairouy	Ramos	Aguilar	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1235146712	Jeily	Celeste	Aduincola	Lopez	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1115467433	Karla	Andrea	Sinisterra	gonzales	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1235146929	Liana	Valentina	Medina	montaño	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1196716538	Breiner	Johany	Veleño	Angulo	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1235146894	Nasly	Jireth	Ortega	gongora	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1111927650	Heilin	Yurany.	guaitoto	Angulo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1.111.927048	Becky	Daeneris	Cadena	Fajardo	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	RC	1.144001783	Loren	manuela	Delgado	aduincola	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12																																	
13																																	
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:	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Sandra Yirley Revelo. E.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C. Comunitario bajo Calima
NIT: 8350007708-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hogar Familiar comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Zully Tamayo CC 1028160235
Código CUENTAME UDS: 761000 79324 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los chicos del no
Dirección UDS: Bajo Calima la colonia - Aldea Teléfono UDS: 3167545022

Hoja ___ de ___

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	RC	1.235.141.056	Heven	Adrian	Lopez	caicedo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1.144.003.806	Hannah	Sujey	Rojas	Mayoma	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	NA						19		
03	RC	1.143.883.727	Kevin	Smith	Torres	Rojas	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1.111.926.785	Jhoan	Josue	valencia	Moreno	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1.116.716.467	Kalet		Dominguez	ortiz	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1.111.928.836	Brianny	Sofia	Valencia	Moreno	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1.111.927.187	Emelin		Tamayo		3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1.111.930.378	Valeria	Eliana	Tamayo	Montaño	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
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

Zully Tamayo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Rio Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: B/tura Municipio: B/tura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Jenny Rocio D. CC: 1111770626
Código CUENTAME UDS: 761090007090 4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las Palomas Traviesas
Dirección UDS: Villa Stella Teléfono UDS: 3172927527

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, 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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1150955804	Aslin	Oriana	Riascos	Mosquera	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
02	RC	1194007334	Emanuel		Bangvera	Virgara	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
03	RC	1066848775	Geilin	Valentina	Grueso	Cundumi	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
04	RC	1235146111	Maikel	Jordani	Mosquera	Gonzales	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
05	RC	1111928093	Sheylin	Arielle	Ruiz	Riascos	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
06	RC	1111929729	Jhailen	Antuan	Dajomes	Angula	7	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL 79

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

Jenny Rocio Dajomes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ICBF Cecilia de la Fuente de Lleras
NIT: 899999239-2 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hogares comunitarios

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Bitura Municipio: Bitura
Nombre Agente Educativo (a): Rosa Linestroza CC 38466702
Código CUENTAME UDS: 76109000070927 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los corderitos
Dirección UDS: Bajo calima (Atea) Teléfono UDS: 3178741944

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	1111927240	Kailany	Yaetzy	Guaitoto	Moreno	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
02	RC	1150956502	Joel	Fabian	Moreno	cardenas	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
03	RC	1150955165	Wendy	Fernanda	Moreno	cardenas	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
04	RC	1111929023	Edersor	David	Gamboa	Arboleda	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
05	RC	1235147186	Jomy	Dailen	Calceto	Rivas	2	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
06	RC	1144112626	Jaider	Reben	Lopez	Largacha	3	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
07	RC	1144003487	Eilyn	oriona	Largacha	Murillo	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
08	RC	1115466895	Jhaelinne	ariadna	Bangueta	palacios	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /		19	0	
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	19		

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

COORDINADOR(A) EA

Rosa Esther Linestroza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario de la cuenca río
NIT: 835 000 - 708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio Tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Fami bienvenir

IDENTIFICACIÓN
Regional: valle del cauca Centro Zonal: valle del cauca Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Margarita calcedo CC: 29230535
Código CUENTAME UDS: 7610900070928 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Ternura # 2
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3186978102

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	1111560860	Mae	Ariana	España	rosales	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	RC	1235147987	naHiel	adHara	Simsterra	Candelo		8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
03	RC	1150957027	Heverlin	cHAJani	Mina	Perea		10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
04	RC	1110958036	Gael		Fernandez	copete	1	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
05	RC	1235148011	EitHan	samuel	caicedo	Murrillo		7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
06	RC	1111931577	AXEl	StIF	padilla	Vergara		2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
07	RC	1235148067	Jerimia		Valencia	Torres		6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
08	RC	1232835779	Breyler	Andres	Rivas	londoño	1	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
09	RC	1111931605	Ferley		Angulo	Docel		1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10	RC	1111931652	THAIRY	cHanell	banguera	angulo		1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
11	RC	1235147888	Elian	Gabriel	Gongora	Sanoffez		9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
12	CC	1028186051	Martha	Inez	Angulo	Arboleda	36		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
13	CC	1028185888	JESica	Paola	Guaifoto	Moreno	19		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
14	CC	1117490733	Maria	Fernanda	Hernandez	Rodriguez	21		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
15													
16													
17													
18													
19													
20													
									TOTAL		19		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	03
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	03

COORDINADOR(A) EA

Margarita Calcedo G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario rio cabal
NIT: 835.000.708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio Tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Fami buenvenir

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Rosario caicedo 29230328
Código CUENTAME UDS: 7610 9000 70946 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los condritos #1
Dirección UDS: Bajo caliuna las colonias Teléfono UDS: 3187426243

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235147658	DAMIAN		Alban	Sol	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	RC	1235147635	Kener	Alyan	Rano	Renteria	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1238832945	Maria	Jose	Rubio	Angulo	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1111929565	Kimberly	Nathara	Rivas	Murrillo	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	RC	1111930456	Juan	Steban	Lizalda	Victoria	1	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	RC	1144005555	Liz	Ariana	Murrillo	Renteria	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	1111931020	Alana	Sofia	Bermudez	Viveros		6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1111931649	Yeilan	Ferney	Londoño	Rivas		2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09	RC	1111931453	Daiker	Jifael	Angulo	Moreno		2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10	RC	1085557228	Brayan	Stiven	Ruiz	Rodriguez		8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
11	RC	1191230191	Abigail	Garcia	Londoño	Londoño		4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
12	RC	1235148078	Neiman	Daniel	Gonzalez	Valencia		11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
13	CC	1059044311	Yamile		Riasco	Riasco	31		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
14	CC	1028185984	Luisa	Fernanda	Gonzalez	Calderon	19		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
15	CC	1111783912	Eliana		Arcalo	Davila	34		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	14		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	03
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	09
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	03

COORDINADOR(A) EA

Rosario caicedo V.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC cuenca baja del Rio calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601633024
MES: febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Alexa Concedo R
Código CUENTAME UDS: 7610900070104
Dirección UDS: Bajo Calima Cla colonia

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
CC: 25.618.270
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pitufos
Teléfono UDS: 3167051349

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1150956106	Thian	David	Gonzales	Ortiz	3	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A /		19		
02		1111927232	Keider	Johan	Moreno	Murillo	3	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
03		1235146634	Yeisi	Alejandra	Castillo	Garcia	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
04		1235145668	Abel	David	Davila	Castro	4	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
05		1150955111	Alison	Andrea	Suarez	Murillo	4	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
06		1196716444	Emmie	Yarley	Palacio	Arias	3	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
07		1154677777	Breyder	Johan	Benitez	Medina	2	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
08		1235147642	Gabriel	Andres	Davila	Castro	1	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A		19		
09													
10													
11													
12													
13													
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	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Alexa Concedo Romero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C. Cuenca bajo del Rio Calima
NIT: 835.000.708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Ana Longa
Código CUENTAME UDS: 7670900071569
Dirección UDS: Bajo Calima

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Bventura
CC: 29.230.377
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La chilindrina
Teléfono UDS: 3164468128

Hoja ___ de ___

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIERCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIERCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIERCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIERCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIERCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1107540665	Angely	Itzayana	Murillo	Tovar	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1191225608	Gijan	Xarenny	Lemus	Perea	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1077712556	Lara	Lucia	Velasquez	Cabrera	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1176288147	Luis	Carlos	Pabon	Calcedo	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1235145731	Braiden	Esteban	Cuero	Longa	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1111928072	Matias		Mondragon	Longa	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1235147861	Jose	Moises	Calcedo	Porras	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	19		

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

I
COORDINADOR(A) EA

Ana Longa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Acevenca baja del Rio Calima. NIT: 835000 708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635202 4
MES: Febrero. AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle.
Nombre Agente Educativo (a): Ofelia Arboleda.
Código CUENTAME UDS: 76109000 71554
Dirección UDS: Bajo Calimo - La Colonia.

Centro Zonal: Buenaventura. Municipio: Buenaventura. Hoja ___ de ___
CC: 1111760911
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pitufos 1
Teléfono UDS: 3154865245.

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: L	M	M	J	V	SEGUNDA: L	M	M	J	V	TERCERA: L	M	M	J	V	CUARTA: L	M	M	J	V	QUINTA: L	M	M	J	V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	Rc	1115466886	Owen	Fernando	Davila	Londoño	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
02	Rc	1196716375.	Shairet	Sofia.	Perea	Riascos.	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
03	Rc	1107540662	Alisson.		Bastidas	Davila.	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
04	Rc	1191227377	Jesus	David	Delgado	Calderon.	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
05	Rc	1235 147 151	Brian.	Smit	Gonzalez	Calderon	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
06	Rc	1061143034	Eliani	Salome.	Angulo	Ibargüen.	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
07	Rc	1144003006	Jhonatan.	Estiwar.	Ceballos	Murillo.	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
08	Rc	1113375866.	Tiago	Dael.	Longa	Panameño.	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19	0	
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	19	

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

COORDINADOR(A) EA

Ofelia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Caloma
NIT: 8350007084-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76d6352024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Btura Municipio: Btura
Nombre Agente Educativo (a): Mirella Vente CC: 38474462
Código CUENTAME UDS: 7660000708886 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Zaninamaria
Dirección UDS: Villa Stella Km2 Teléfono UDS: 3105287187
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1135145910	Keiner	David	Viveros	Rigsco	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	RC	1135146719	Aillin	Jarithza	Valencia	Valencia	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
03	RC	1135146032	Malkel	Eliam	Ruiz	Mina	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
04	RC	1111928089	Antony	Joel	Vente	Valencia	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
05	RC	1111970010	Edier	David	Sanchez	Candelo	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
06	RC	1113375640	Theilor	Smith	Aubleda	Ruiz	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
07	RC	1144003578	Kattleya		Tara	Panameño	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
08	RC	1135147836	Dahpne	Samara	Urbano	Vente	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
09	RC	1135147467	Kendal	Alahia	Rivera	Mina	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10													
11													
12													
13													
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

Mirella Vente
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.MD12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 760163 2024
MES: 02 AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar
SERVICIO DE ATENCIÓN: Bienvenir

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Nancy Paramenio CC 38467497
Código CUENTAME UDS: 760|0900071718 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La estrella
Dirección UDS: Villa Stella Bajo Calima Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1111929729	Jaylen	Antuan	Dajomes	Angulo	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1235147470	Brayan	Sneyder	Valencia	Fajardo	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1235147980	Liam	Yoel	Gonzalez	Rodallega	0	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1234205382	Keithan	Gael	Ruiz	Victoria	0	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1144004786	Alisson	Charlotte	Sanchez	Franco	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1235148097	Hailany	Samary	Cuaitoto	Vasquez	0	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1111931301	Eithan	Jhatniel	Mosquera	Lopez	0	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1235148135	Kimberlin	Naiara	Riascos	Riascos	0	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1235148148	Lilia	Maria	Ramos	Asprilla	0	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1235148227	Elias		Mosquera	Murillo	0	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	CC	1006069562	Nini		Gonzalez	Rivas	27		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	CC	1149187478	Yulis	Melissa	Rodallega	Viveros	21		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	CC	1148444657	Martha	Elena	Rivera	Villegas	26		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
14	CC	1028160232	Lina	Licet	Montaño	Urbano	26		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	20		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradiciona
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Fabiolacaballero CC: 1028185665
Código CUENTAME UDS: 7610900070327 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Bulliciosos
Dirección UDS: San isidro Teléfono UDS: 3156351347

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			
01	K	1119228997	Yinson	Yair	Gonzalez	Zambrano	2	1m	A A A	19	
02	R	1235116303	Yuliana		ortega	Hurtado	3	8m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
03	R	1140014405	Ivon	Daricha	Gonzalez	Perea	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
04	R	1235116206	Emili	oreana	Gonzalez	caballero	3	6m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
05	R	1115067076	Edinson		Gonzalez	Renteria	4	1m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
06	R	1113374384	Kailin	Yamile	Cardena	ortega	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
07	R	1114213684	Kerlin	Yhoanny	obando	Caballero	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
08	R	1235145665	Alana	Sofia	Ramos	Valoys	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
09	R	1140021515	Sharol	Yuliana	torres	Gonzalez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
10	R	1115467635	Hanna		Iocumi	Rivas	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
11	R	1232826520	Deiber	Andres	Ibargen	cepete	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	19	

Verificación De Cobertura	
[illegible]	0
[illegible]	12
[illegible]	0

Fabiola caballero Gonzalez — COORDINADOR(A) EA

Fabiola caballero — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario .A.C
NIT: 855000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7607635 2024
MES: 02 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hogar comunitario de Bf
SERVICIO DE ATENCIÓN: I.C.B.F

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Rural Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Faizzury .A.G.C CC: 1111782639
Código CUENTAME UDS: 7610900070379 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las Flores
Dirección UDS: San Pedro Teléfono UDS: 3138007692

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																													
01	RC	1235746652	Breiner	Stiven	Rincon	Murillo	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1111927626	Ansel	Josue	Rodallega	Menas	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1235745340	Heiner	Joel	Cardenas	cardena	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1111926796	Brian	samir	Gonzalez	cardenas	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1235746493	Jhon	Wilian	Victoria	Rivas	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1111926702	Juan	Matias	candelo	caicedo	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1235747054	Karol	Michel	Lopez	Cardenas	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	19		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS NIÑAS MENOS DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS NIÑAS DE 6 MESES A 2 AÑOS ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS NIÑAS DE 2 AÑOS ASISTENTES	0

I
COORDINADOR(A) EA

Faizzury
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2016
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo comunitario
NIT: 835.000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635 2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Fami Bienvenir

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: B/ventura Municipio: B/ventura
Nombre Agente Educativo (a): Ma Teresa M.R. CC: 1111777192
Código CUENTAME UDS: 7610900071541 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Condoritos #2
Dirección UDS: Bajo calima las colonia Teléfono UDS: 3175603769

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: L	M	MI	J	V	SEGUNDA: L	M	MI	J	V	TERCERA: L	M	MI	J	V	CUARTA: L	M	MI	J	V	QUINTA: L	M	MI	J	V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1113376236	Manuel	Felipe	Riascos	Gonzalez	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1144004196	Luisa	Alejandra	Riasco	Caicedo	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1144064669	Abigail		Murillo	Caicedo	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1111489728	Edier	Edier	Moreno	Murillo	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1235148087	Deiler	Daniel	Lozano	Caicedo		6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1150957261	Ailany	Zoe	Murillo	Arboleda		4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1111931315	Kilian	Josue	Riasco	Valois		4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1235148025	Britzel	Ahinara	Moreno	Arboleda		7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	CC	1111763769	Karen	Janeth	Rivas		26	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1115468167	Mahelet	Janelle	Caicedo	Murillo	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	TI	1150943597	Asly	Lisay	Romo	Caicedo	14	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	CC	1006188132	Julieth	Jhoana	Longa	Barguera	29	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	RC	1235148178	Mateo		Mejia	Caleño		3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
14	RC	1235.148253	ENyell		Murillo	Mora		7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
15	RC	1111931073	Brithany	Yireth	Cardenas	perlaza		6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																TOTAL	19		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Ma Teresa M. R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CCC bajo Calima
NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: 2 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Francia Elvalencas CC: 29260671
Código CUE NTAME UDS: 761090056649 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carinositos
Dirección UDS: Km1.15 vereda la caucana Teléfono UDS: 3147984794

Hoja 1 de 1

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	No. ASISTENCIAS	No. INASISTENCIAS	
01	RC	1154670237	Erik	Sair	Mosquera	Angulo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1235145865	Yoimar	Eduardo	Mosquera	Valencia	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
03	RC	1173337473	Lian	Nicolas	Gonzalez	Rivera	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1235146625	Geilin	Dayara	Mosquera	Valencia	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1173376190	Efian	Isaac	Mosquera	Dulgarin	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
06	RC	1235147022	Jhonaiker		Siniestera	Mosquera	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1150956557	Martin	Alejandro	Guerrero	Quintero	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
08	RC	1150955568	Lida	Isabella	Celorio	Mosquera	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 19

Verificación de Cobertura: TOTAL NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTIERON / TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS / TOTAL NIÑOS Y NIÑAS AUSENTES

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 CamS

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Rio Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7601635024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Leny Izquierdo Hinestroza CC: 66938218
Código CUENTAME UDS: 7810900070418 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Futuro
Dirección UDS: Km 9 El Cnuero Bajo Calima Teléfono UDS: 3155281348

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES–VIERNES)	SEGUNDA (LUNES–VIERNES)	TERCERA (LUNES–VIERNES)	CUARTA (LUNES–VIERNES)	QUINTA (LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1144000600	Lian	adrian	Bongora	garcia	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
02	RC	1111927241	Josert	helian	Vente	Valencia	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
03	RC	1196716442	Kaitlin	Nairoba	angulo	Mosquera	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
04	RC	1144001776	Anny	sofia	Bongova	lopez	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
05	RC	1078659556	Rosario		Torres	Rodriguez	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
06	RC	1235147336	Samir		Valencia	Vicafara	2	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
07	RC	1732816821	Ana	Sofia	Hidalgo	izquierdo	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
08	RC	1235147515	Haylen	Zoe	Riascos	Perlaza	1	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	20	0	0

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

COORDINADOR(A) EA

Leny Izquierdo Hinestroza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario No Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76016320 24
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Martha Yuleima Cardona CC: 1143932595
Código CUENTAME UDS: 76109000070392 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Rosita
Dirección UDS: KM9 El Cruce Bajo Calima Teléfono UDS: 3104935896

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES–VIERNES)	SEGUNDA (LUNES–VIERNES)	TERCERA (LUNES–VIERNES)	CUARTA (LUNES–VIERNES)	QUINTA (LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1108525794	Juan	Camilo	Cortes	Gongora	3	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
02	RC	1235146585	Jesus	Adrian	Pandales	Valois	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
03	RC	1235147160	Alexa	Tamara	Delgado	Riascos	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
04	RC	1235147339	Eithan	Jael	Victoria	Delgado	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
05	RC	1235146586	Zayo	Faliana	Mosquera	Bermeal	3	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
06	RC	1235147429	Zisseth	Lidmara	Garcia	Torres	1	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
07	RC	1025777464	Nicolas		Flor	Largacha	1	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		20	0	0
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	20	0	0

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

COORDINADOR(A) EA

Martha Yuleima Cardona H.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Rio Bajo calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76016352024
MES: Febrero AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal Buenaventura Municipio: Valle del cauca
Nombre Agente Educativo (a): Bertha lenis CC 1111795907
Código CUENTAME UDS: 7610900070923 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los caracolitos
Dirección UDS: CC Rio Bajo calima Teléfono UDS: 3005671543

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115467777	Breider	Joan	Benitiz	Medina	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	RC	1115467293	Daeling	ester	Montaño	Medina	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1196716548	Alisson		Riascos	Viveros	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1117928721	Kilian	Gael	Mancilla	Rodallega	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	RC	1117928452	Dilan	samuel	Barona	lucumi	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	RC	1235146717	Juan	Daniel	ortiz	lucumi	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	1117927209	Angel	Gael	Angulo	garces	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1235147842	Hannah	Lizeth	Angulo	Urbano	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	19		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Bertha lenis Medina R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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