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: _____ 8001431226 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 50006522024

MES: _____ MARZO AÑO: _____ 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI BIEVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

Regional: _____ META Centro Zonal _____ 1 Municipio: _____ VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): _____ NORFANDY QUIROGA CC _____ 40188934

Código CUENTAME UDS: _____ 5000100129914 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____ LOS CHIQUITINES

Dirección UDS: _____ MZ 24 CS 6 VILLAJULIANA Teléfono UDS: _____ 3058134452

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	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	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	C.C	1.000.136.826	YESSICA	HASBLEIDY	DIAZ		31			A	A			A		A					A				A						5	0	
02	C.C	1.006.827.857	ANGIE	SULAY	MOSQUERA	GUTIERREZ	24			A	A			A		A					A				A						5	0	
03	T.I	1.122.928.875	SARA	LUCIA	CESPEDES	SARMIENTO	16			A	A					A			A		A				A						5	0	
04	C.C	1.117.325.239.	YULLI	ALEJANDRA	MARTINEZ	TUPANTEVE	30			A	A				A	A					A				A						5	0	
05	C.C	1.013.671.914	GERALDINE		ALZATE	RODRIGUEZ	30			A	A				A	A					A				A						5	0	
06	C.C	1.006.772.546	DAYANNA	ESNID	LOZANO	TORRES	25			A	A					A				A	A				A						5	0	
07	C.C	1.122.140.242	HEILYN	DAYANA	MARTINEZ	BEJARANO	29			A	A				A	A					A				A						5	0	
08	C.C	1.030.627.368	NIDIA	BEATRIZ	ROMERO	MONTOYA	31			A	A			A		A					A				A						5	0	
09	R.C	1.234.796.370	AILANY	SAMARA	PACHECO	CRUZ		5		A	A						A				A	A			A						5	0	
10	R.C	1.234.796.514	ZOE	CELESTE	GALLEEGO	RESTREPO		2		A	I						A				A	A			A						4	1	
11	R.C	1.122,990.012	ISABEL	ZAMARA	GONZALEZ	RINCON		2		A	I						A				A				A	A					4	1	
12	R.C	1.234.796.412	YEIBER	ALEXIS	ALFONSO	SEGURA		5		A	A						A				A	A				A					5	0	
13	R.C	1.123.455.378	NOAH	ZARETH	CAMERO	SANCHEZ		1		A	I						I				I				A	A					2	3	
14	R.C	1.234.796.531	EMMANUEL		CUEVAS	HERRERA		1		A	I						I				A				A	A					3	2	
15	R.C	1.234.796.533	CRISTOFER		LINARES	CARRANZA		2		A	A						A			A	A					A					5	0	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	7	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	8

COORDINADOR(A) EA

Norfandy Quiroga
c.c. 40188934.

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: _____ ASOCIACION HCB PORFIA TRES
NIT: _____ 800143,122-5 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 50005522024
MES: _____ MARZO AÑO: ____2026__
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _____META_____ Centro Zonal _____ 1 Municipio: _____ VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ____ MONICA LONDOÑO VILLEGAS CC_____ 40326908
Código CUENTAME UDS: _____ 5000100012249 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ MI MUNDO MAGICO
Dirección UDS: _____ SM 5 M3 CASA 62 ETAPA 5 LA MADRID Teléfono UDS: _____ 3154381303

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	1,121,989,858	ANA	MARIA	ECHENIQUE	PORTELA		3			A					A					I				A	A							4	1	
02	RC	1,234,796,463	JASLYN	AYLANY	BERNAL	PLAZA		2			A				A	A					A					A							5	0	
03	CC	1,006,876,848	ALISON	NIKOL	ORTIZ	ALARCON	22				A				A	A					A					A							5	0	
04	CC	1,006,876,952	KAREN	MICHELL	BARBOSA	TACHA	22				A			A		I					A					A							4	1	
05	T.I	1,122,925,486	ANGIE	SOFIA	DIAZ	CASTILLO	17				A					I					I	A				I							2	3	
06	T.I	1,122,525,780	ANYI	CAROLINA	DIAZ	CHACON	14				A					A					A	I				A	A							5	0	
07	CC	1,023,373,469	YINDY	LIZETH	BALLEN	GOMEZ	19				A					A					A	A				I							4	1	
08	RC	1,029,972,078	MAHUREN	SOPHIA	DIAZ	FORERO		5			A					A					A					A	A							5	0	
09	CC	1,024,542,48	MILEIDY	JOHANNA	ALBA	GUTIERREZ	35			A					A					A	I				I									3	2	
10	CC	1,006,858,253	KAREN	YULITZA	MORALES	FALLA	24			A		A			A						I				A									4	1	
11	CC	1,123,430,854	BRISTNEY	KATERINN	MORALES	FALLA	22			A		A			A						A				A									5	0	
12	RC	1,234,796,534	JEICOP	JOAO	BRLTRAN	CARRILLO		0		I			A		I						I				I									1	4	
13	RC	1,122,544,454	AYLEN	SOFIA	RODRIGUEZ	CARDONA		0		I					I					A	I				I									1	4	
14	RC	1,123,825,800	ADHARA	MONSERRAT	VEGA	PARRA		0		I					I					A	I				I									1	4	
15	CC	1,006,860,013	LUISA	FERNANDA	MENDOZA	HERRAN	22			A					A						A	A				A									5	0	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 54/1

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

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122.8 NÚMERO DE CONTRATO: 50006522024
MES: MARZO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC- RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CRISTINA PEREZ
Código CUENTAME UDS: 50001000012283
Dirección UDS: MZ 42 CASA 11 ETAPA 2

Centro Zonal: UNO
CC: 23800423
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PEQUEÑO ANGELITO
Teléfono UDS: 3123641307

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1.122.544.298	MIA	SOFIA	ALVAREZ	HERNANDEZ		04			A			A		I					A				A							4	1	
02	CC	1.063.150.756	MARISOL		CORREA	HERNANDEZ	36				A				A	A					A				A							5	0	
03	CC	1.121.817.718	MICHELL	DAYANA	RAMOS	CASTRO	21				A				A	A					A				A							5	0	
04	CC	1.122.919.280	JARY	LISDEY	SORIA	TIBADUIZA	21				A					A					I				A							4	1	
05	CC	1.121.938.645	DIANA	MARCELA	LOAIZA	CUPITRA	29				A					A					A				A							5	0	
06	CC	1.006.796.003	JESSICA	ALEXANDRA	GONZALEZ	REY	22				A					I					I	A			I							2	3	
07	CC	1.069.898.156	ANGIE	YULENA	LOPEZ	BELTRAN	23				A					A					A				A	A						5	0	
08	CC	1.006.796.691	BEATRIZ	JULEIDY	RUIZ	CASTRO	23					A					A				A	A			I							4	1	
09	RC	1.122.544.294	ADHARA		AVILA	VALVERDE		04				A					A				I				A							4	1	
10	CC	1.121.948.331	LAURA	CAMILA	ALVEAR	RIOS	28					I			A		A				I				A							3	2	
11	CC	1.121.907.722	LAKSMI		TOVAR	HERRERA	32					A		A			A				A				A							5	0	
12	CC	1.004.492.635	ANYI	LORENA	FLOREZ	PORTILLA	29					I					A				A	A			I							3	2	
13	CC	40.334.980	JUDY	YANETH	RAMIREZ	RIVERA	41					A					A				A				A	A						5	0	
14	RC	1.121.990.209	AXELL	ALEXANDER	MEJIA	CESPEDES		0				I		A			I				I				I							1	4	
15	CC	1.121.932.907	LINA	ANDREA	TORRES	ARAGON	29					A					A				A				A	I						4	1	
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:	

María Cristina perez
COORDINADOR(A) EA

María Cristina perez
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 : ASOCIACION HCB PORFIA 3

NIT: 800,143,122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50008522024

MES: MARZO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: META Centro Zonal ______ UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): SANDRA MILENA FORERO CC 40328044

Código CUENTAME UDS: 5000100012336 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS PRIMEROS PASOS

Dirección UDS: CALLE 69 SUR N- 42 07 Teléfono UDS: 3123191329

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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1123803261	KAREN	NATALIA	LEAL	UMAÑA	20	0			A					A					A	A				A								5	0	
02	T,I	1121877345	KLEIDY	DAYANA	GUTIERREZ	ESPÍNOSA	16	11			A					A					A	A				A								5	0	
03	T,I	1123805512	LUISA	FERNANDA	LAMPREA	ARDILA	17	11			A				A	A					A					A								5	0	
04	CC	1123800611	HEIDY	YULIANA	DIAZ	CARDENAS	21	9			A				A	A					A					A								5	0	
05	CC	1030520865	JULIETH	STEFANY	NAUSA	URREGO	26	0			A				A	A					A					A								5	0	
06	CC	1121961862	DEISY	MARY	CALDERON	PEDRAZA	27	1			A					A				A	A					A								5	0	
07	CC	1234791148	JAIRA	GERALDIN	BELTRAN	VARGAS	27	0			A					A				A	A					A								5	0	
08	CC	1006775591	NASLY	MARYURI	CARDENAS	MUÑOZ	26	5			A					A				A	A					A								5	0	
09	CC	1121897922	JESSICA	PAOLA	MURCIA	NAVARRETE	33	11				A		A			A				A					A								5	0	
10	RC	1122544478	CRISTIAN	SNEIDER	GIRON	MUÑOZ	0	0				I		A			I				I					I								1	4	
11	CC	1121869384	ERIKA	JOHANA	MORENO	PLAZAS	35	5				A		A			A				A					I								4	1	
12	RC	1234796485	MYRIAM	GUADALUPE	RESTREPO	HERRERA		1				A					A				A				A	A								5	0	
13	RC	1121989973	GAEL	DANIEL	ALDERETE	CORTES		1				A					A				A				A	A								5	0	
14	CC	1121884627	MIREYA	PAOLA	ROMERO	MENDEZ	35	5				A					A				A	A				A								5	0	
15	RC	1234796397	MARIA	SALOME	GONZALEZ	RESTREPO		4				A					A				A				A	A								5	0	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	70	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	11

COORDINADOR(A) EA

SANDRA MILENA FORERO

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	23/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN PORFIA TRES

NIT: 800143127-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006522024

MES: MARZO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): MARIA DORIS CASTAÑEDA PAVA CC: 40415143

Código CUENTAME UDS: 5C0100122323 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVIENDO MI FUTURO

Dirección UDS: CALLE 62 SUR #44-21 Teléfono UDS: 3102932848

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1234796387	AIRY	EMILIANA	BENAVIDEZ	MORALES	0	4				A				A				A			A				I						4	1	
02	RC	1121989594	EITHAN	GAEL	LOZANO	GUTIERREZ	0	4				I		A		A				A							A						4	1	
03	RC	1121989595	IAN	MATEO	LOZANO	GUTIERREZ	0	4				I		A		A				A							A						4	1	
04	RC	1121989596	SHAROL	CAMILA	LOZANO	GUTIERREZ	0	4				A		A		A				A							A						5	0	
05	RC	1234796417	KILIAN	YAEL	VALBUENA	BALDION	0	3				A				A				A						A	A						5	0	
06	CC	1122922755	PAULA	JULIANA	CASTIBLANCO	ACOSTA	25	10			A			A		A				A							A						5	0	
07	CC	1121920293	KATHERINE		JIMENEZ	GRAJALES	30	11			A			A		A				A							I						4	1	
08	CC	1033751387	XIOMARA	ALEJANDRA	SANTAMARIA	JIMENEZ	33	0			I	A				A				I						A	I						3	2	
09	CC	1121895400	MONICA	MARCELA	MEDINA	SAAVEDRA	33	1			A					A			A	A							A						5	0	
10	CC	1121912635	GISETH	JULIETH	JAIMES	MONTIEL	31	7			A					A			A	A							A						5	0	
11	TI	1122519244	DAYLI	PAOLA	PEÑUELA	TABARES	17	8			A					A				A	A						A						5	0	
12	CC	1121891162	LEIDY	ANDREA	PEDRAZA	GUERRERO	33	10			A			A	A					A							A						5	0	
13	CC	1000515122	LEIDY	CAROLINA	HENAO	GARZON	25	7			I	A				A			A	I							I						3	2	
14	CC	1121973101	ANNY	RITZABETH	ARTEAGA	PLAZA	22	0			A			A						A	A						A						5	0	
15	RC	1234796395	SARA	VALENTINA	CALVO	MIRANDA	0	4			I	A				A				A						A	A						5	0	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	67	8	

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

COORDINADOR(A) EA

Ma. Doris Castañeda 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012