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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: 14 D. LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): LERSY PADILLA DIAZ CC: 45687948
Código CUENTAME UDS: 130010069439 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITAS FELICES
Dirección UDS: EDUCADOR Cra 74 a-4c 61 Teléfono UDS: 3176729287

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	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1201291112	ANTHUAN	DAVID	JULIO	ANGULO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17		
02	RC	1249070662	ASHLEY	NICOLLE	GOMEZ	MENDEZ	2	6	I	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A		A	A	A							14	3	
03	RC	1043340522	CAMILO	ANDRES	SURMAY	GUZMAN	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I							16	1	
04	RC	1143422957	DILAN		BARRIOS	ARIAS	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I							16	1	
05	RC	1201292268	GAEL	SEBASTIAN	GIMENEZ	ESPEJO	2	8	I	A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A		A	A	I							14	3	
06	RC	1201287542	IBRAHEM	ENRIQUE	ORTIZ	ACEVEDO	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17		
07	RC	1201289162	ISABELLA		VERGARA	CAICEDO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17		
08	RC	1249068382	JIREH JORGELIS	PATRICIA	LEAL	CARIAS	3	2	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I							14	3	
09	RC	1137543587	LUZ	VALENTINA	PEREZ	TORRES	2	8	A	A	A	A	I	I	I	A	I	A	A	A	A		A	A	A							13	4	
10	RC	1201288147	LUISA	SOFIA	VILLALOBOS	PERES	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I							14	3	
11	RC	1201287819	MATEO		RIVEROS	ARIAS	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17		
12	RC	1044017916	SEBASTIAN	DAVID	OSORIO	BARRIOS	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17		
13	RC	1047522538	ZOE	ROSIRIS	ANGULO	ROCHA	2	9	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A							17		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

Verificación De Cobertura

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

TOTAL 203 19

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Entidad administradora del servicio: Fundación Gustavo Narváez [illegible]
Nit: 8010[illegible]20-5
Mes: [illegible]
Número de contrato: 1300-1171-2024
Año: 2026
Modalidad de atención: Comunitario
Servicio de atención: H. C. B

Identificación
Regional: Bolívar
Nombre Agente Educativo (a): Patricia Pestelo
Código CUENTAME UDS: 13001000 19504
Dirección UDS: [illegible]
Centro Zonal: [illegible]
CC: 45498891
Municipio: Cartagena
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Triunfo
Teléfono UDS: 3127080808

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA	QUINTA SEMANA	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1043343969	JUAN	CARLOS	MITOLA	DIAZ			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		16		
02	RC	8023199	MIA	ISABELLA	PETIT	AMUNDARAM			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
03	RC	1249069503	LIAM	DAVID	ABAD	GENICO			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
04	RC	1201288745	ANTONELLA		GOMEZ	MARRUGO			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
05	RC	1249069016	HADARA	ZAREK	GONZALEZ	DEL RIO			A A A A A	A A A A A	A A I I I	I I I		12	6	
06	RC	1201286868	MARIA	ISABEL	ZABALETA	PEÑAFIEL			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
07	RC	1053013268	WILTON	MANUEL	ROJAS	RAMOS			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
08	RC	1049541293	THOMAS	ANDRES	MARIN	VEGAS			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
09	RC	1242389706	JUAN	PABLO	ORTIZ	MARRIAGA			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
10	RC	1047519732	MOISES	DAVID	MARRIAGA	TORRES			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
11	RC	1044022261	ALANS	JOSUE	MEDINA	FIGUEDEDO			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
12	RC	1143423607	GAEL		FRANCO	ORTIZ			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
13	RC	1238350512	VICTORIA		BATISTA	PRETELT			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL [illegible]

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

COORDINADOR(A) EA

Patricia Pestelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES	
DATOS PERSONALES	
Tipo de beneficiario	niña
Nombres y apellidos	Hadora Zoraya Gutierrez del Rio
No. De Identificación	1249069016
Fecha de Nacimiento	30-07-2023
Edad	2 años 8 meses
Nombres y Apellidos del Acudiente	Rosa Elena del Rio Ramos
No. De Identificación del Acudiente	1143380406
Teléfono de Contacto	3135339699
Dirección de Contacto	Barrio San Pedro manzana Kr 65 A Cl 13B
DOCENTE A CARGO	Patricia Rodelo B.
FECHA:	27-3-2026

MOTIVO DE LAS NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES	
Accidentes	
Cambios en los estados de salud	
Cambio en el estado emocional	
Razones de inasistencia y/o llegadas tarde	
Incapacidades	
No está Vinculado al Sisben	✓
Administración de medicamentos	
No cuenta con registro civil con documento de identidad	
No cuenta con soporte de afiliación en salud	
No cuenta con certificación de asistencia a la valoración integral o controles prenatales	
No cuenta con el soporte de aplicación del esquema de vacunación de acuerdo a la edad	

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

La niña Hadora Gutierrez del Rio estuvo incapacitada del 20 al 27 de marzo por motivo de enfermedad. Para constancia anexo historia clinica.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

Nombre Profesional: Patricia Rodelo
Cargo: Agente Educativo
T.P o cedula: 45498891

Nombre Responsable: maria Del Rio
Parentesco: Mama
Cédula de Ciudadania: 1143533969 99

HOSPITAL SERENA DEL MAR

CENTRO HOSPITALARIO SERENA DEL MAR
CHSM
EPICRISIS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES:	HADARA ZAREK		**APELLIDOS:**	GONZALEZ DEL RIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO - 1249069016				
HISTORIA CLÍNICA:	1249069016	**SEXO BIOLOGICO:**	MASCULINO	**EDAD:**	2 AÑO(S)
DIRECCIÓN:	CR 65 A CALLE 13 B N 13-30		**TELÉFONO:**	3135339699	
ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)	**NIVEL EDUCATIVO:**	NINGUNO	**OCUPACIÓN:**	NO TIENE
DEPARTAMENTO:	BOLIVAR		**MUNICIPIO:**	CARTAGENA	
CONVENIO:	ECOPETROL S.A		**UBICACIÓN - CAMA Nro:**		2012
INGRESO 1a VEZ:		**ZONA:**	RURAL URBANA X	**REINGRESO:**	MAYOR 20 DÍAS MENOR 20 DÍAS

2. INGRESO

FECHA: 2026/03/18 **HORA:** 14:06

Diagnosticos De Ingreso

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	PRINCIPAL
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	SI
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO

CAUSA EXTERNA DE INGRESO: ENFERMEDAD GENERAL
SERVICIO DE INGRESO REPS: INTERNACIÓN GENERAL
FECHA Y HORA DE INGRESO: 2026/03/18 02:06

3. EGRESO

FECHA: 2026/03/20 **HORA:** 10:49

Diagnosticos De Egreso

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	PRINCIPAL
B269	PAROTIDITIS, SIN COMPLICACIONES	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	SI
R11X	NAUSEA Y VOMITO	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO

SERVICIO DE EGRESO REPS: INTERNACIÓN GENERAL
FECHA Y HORA DE EGRESO: 2026/03/20 10:49
COMPLICACIONES: NO
ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS: NO

4. MOTIVO DE CONSULTA

TIENE FIEBRE HACE 8 DIAS.
REMITIDA DE CLINICA MEDIHELP

5. ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE Y ABUELA. REFIEREN CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN 39-40 GRADOS ASOCIADOS A TUMEFACCION EN REGION RETROAURCULAR IZQUIERDA, CONGESTION NASAL, RESPIRACION BUCAL. CONSULTA N A CLNICA MADRE BERNARDA EL 15/03/2026 DONDE REALIZAN RAIDOGRAFIA DE TORAX NORMAL Y DAN MANEJO AMBULATORIO CON AMOXICLINA + ACIDO CLAULANICO, VITAMINA C Y ACETAMINOFEN, CON PERSISTENCIA DE LOS SINTOMAS. REFIEREN HIPOXIA, VOMITOS AL ADMINISTRAR ACETAMINOF EN, ADEMAS AYER EPISODIO DE VOMITO CAFÉ (ESTABA RECIBIENDO EN ESE MOMENTO SOPA DE HIGADO), POR LO CUAL CONSULTAN A CLINICA HMEDIHELP, DONDE REALIZAN PARACLINICOS: HEMOGLINA: 10.9 HTO: 30.3 LEUCOCITOS: 15800 PLAQUETAS: 346000 TP: 14.5 INR: 1.24 TPT : 41 CONTROL: 29 BUN: 17.7 CREAT: 0.33 ALT: 19 AST-, 37.5 PROTEINA C REACTIVA: 88.9. UROANALISIS NO PATOLOGICO, DENGUE IGG: NEGATIVO DENGUE IGM: NEGATIVO, RADIOGRAFIA DE TORAX REPORTADA NORMAL EN HISTORIA CLINICA. REMITEN PARA VALORACION POR PEDIATR IA.

6. ANTECEDENTES

PERSONALES Y SOCIALES:
(2026/03/18 13:26:04): VIVE CON SUS PAPÁS. ABUELA, DOS TIOS. MASCOTAS: PERRP. GATO. RELIGION: CATOLICA. RESIDEN EN CARTAGENA BARRIO SAN PEDRO MARTIR. EN GUARDERIA DESDE LOS 2 AÑOS DE EDAD.

HOSPITAL SERENA DEL MAR

CENTRO HOSPITALARIO SERENA DEL MAR
CHSM
EPICRISIS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES:	HADARA ZAREK		**APELLIDOS:**	GONZALEZ DEL RIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO - 1249069016				
HISTORIA CLÍNICA:	1249069016	**SEXO BIOLOGICO:**	MASCULINO	**EDAD:**	2 AÑO(S)
DIRECCIÓN:	CR 65 A CALLE 13 B N 13-30		**TELÉFONO:**	3135339699	
ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)	**NIVEL EDUCATIVO:**	NINGUNO	**OCUPACIÓN:**	NO TIENE
DEPARTAMENTO:	BOLIVAR		**MUNICIPIO:**	CARTAGENA	
CONVENIO:	ECOPETROL S.A		**UBICACIÓN - CAMA Nro:**		2012
INGRESO 1a VEZ:		**ZONA:**	RURAL	**REINGRESO:**	MAYOR 20 DÍAS
			URBANA X		MENOR 20 DÍAS

2. INGRESO

FECHA: 2026/03/18 **HORA:** 14:06

Diagnosticos De Ingreso

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	PRINCIPAL
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	SI
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO

CAUSA EXTERNA DE INGRESO: ENFERMEDAD GENERAL
SERVICIO DE INGRESO REPS: INTERNACIÓN GENERAL
FECHA Y HORA DE INGRESO: 2026/03/18 02:06

3. EGRESO

FECHA: 2026/03/20 **HORA:** 10:49

Diagnosticos De Egreso

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	PRINCIPAL
B269	PAROTIDITIS, SIN COMPLICACIONES	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	SI
R11X	NAUSEA Y VOMITO	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NO

SERVICIO DE EGRESO REPS: INTERNACIÓN GENERAL
FECHA Y HORA DE EGRESO: 2026/03/20 10:49
COMPLICACIONES: NO
ENFERMEDADES SOBREAGREGADAS: NO

4. MOTIVO DE CONSULTA

TIENE FIEBRE HACE 8 DIAS.
REMITIDA DE CLINICA MEDIHELP

5. ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE Y ABUELA. REFIEREN CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN 39-40 GRADOS ASOCIADOS A TUMEFACCION EN REGION RETROAURCULAR IZQUIERDA, CONGESTION NASAL, RESPIRACION BUCAL. CONSULTA N A CLNICA MADRE BERNARDA EL 15/03/2026 DONDE REALIZAN RAIDOGRAFIA DE TORAX NORMAL Y DAN MANEJO AMBULATORIO CON AMOXICLINA + ACIDO CLAULANICO, VITAMINA C Y ACETAMINOFEN, CON PERSISTENCIA DE LOS SINTOMAS. REFIEREN HIPOXIA, VOMITOS AL ADMINISTRAR ACETAMINOF EN, ADEMAS AYER EPISODIO DE VOMITO CAFÈ (ESTABA RECIBIENDO EN ESE MOMENTO SOPA DE HIGADO), POR LO CUAL CONSULTAN A CLINICA HMEDIHELP, DONDE REALIZAN PARACLINICOS: HEMOGLINA: 10.9 HTO: 30.3 LEUCOCITOS: 15800 PLAQUETAS: 346000 TP: 14.5 INR: 1.24 TPT : 41 CONTROL: 29 BUN: 17.7 CREAT: 0.33 ALT: 19 AST-, 37.5 PROTEINA C REACTIVA: 88.9. UROANALISIS NO PATOLOGICO, DENGUE IGG: NEGATIVO DENGUE IGM: NEGATIVO, RADIOGRAFIA DE TORAX REPORTADA NORMAL EN HISTORIA CLINICA. REMITEN PARA VALORACION POR PEDIATR IA.

6. ANTECEDENTES

PERSONALES Y SOCIALES:
2026/03/18 13:26:04): VIVE CON SUS PAPÁS. ABUELA, DOS TIOS. MASCOTAS: PERRP. GATO. RELIGION: CATOLICA. RESIDEN EN CARTAGENA BARRIO SAN PEDRO MARTIR. EN GUARDERIA DESDE LOS 2 AÑOS DE EDAD.

PATOLOGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

ENFERMEDADES CON FACTOR HEREDITARIO:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

FARMACOLOGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): VITAMINA C. REFIEREN ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD. (PENIDIENTE TRAER REPORTE)

TRANSFUSIONALES:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA. GRUPO SANGUIEO: O POSITIVO.

ALERGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

HABITOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

OTROS:
(2026/03/18 13:26:04): PRODUCTO DEL PRIMER EMBARAZO CONTROLADO FINALZADO POR CESAREA A TERMINO. PESO AL NACER: 3200 GRAMOS. NO HOSPITALZIACION.

7. REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIO VASCULAR:
NIEGA

ENDOCRINO:
NIEGA

GASTROINTESTINAL:
NIEGA

GENITOURINARIO:
NIEGA

HEMATOLOGICO:
NIEGA

INFERTILIDAD:
NIEGA

MUSCULO ESQUELETICO:
NIEGA

OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA:
NIEGA

OTROS:
NIEGA

PIEL, FANERAS, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:
NIEGA

PSIQUIATRICO:
NIEGA

RESPIRATORIO:
NIEGA

SISTEMA NERVIOSO:
NIEGA ALTERACION DE APETITO:
HIPOREXIA

ALTERACION DEL PESO:
NOTAN PERDIDA DE PESO EN LA ULTIMA SEMANA

ALTERACION DEL SUEÑO:
NIEGA

ALTERACION DEL HABITO INTESTINAL:
NIEGA

ALTERACION DEL HABITO URINARIO:
NIEGA

ASTENIA:
SI

8. EXAMEN FÍSICO

ESTADO GENERAL: BUENO
ESTADO HIDRATACIÓN: HIDRATADO

PATOLOGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

ENFERMEDADES CON FACTOR HEREDITARIO:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

FARMACOLOGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): VITAMINA C. REFIEREN ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD. (PENIDIENTE TRAER REPORTE)

TRANSFUSIONALES:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA. GRUPO SANGUIEO: O POSITIVO.

ALERGICOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

HABITOS:
(2026/03/18 13:26:04): NIEGA

OTROS:
(2026/03/18 13:26:04): PRODUCTO DEL PRIMER EMBARAZO CONTROLADO FINALZADO POR CESAREA A TERMINO. PESO AL NACER: 3200 GRAMOS. NO HOSPITALZIACION.

7. REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIO VASCULAR:
NIEGA

ENDOCRINO:
NIEGA

GASTROINTESTINAL:
NIEGA

GENITOURINARIO:
NIEGA

HEMATOLOGICO:
NIEGA

INFERTILIDAD:
NIEGA

MUSCULO ESQUELETICO:
NIEGA

OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA:
NIEGA

OTROS:
NIEGA

PIEL, FANERAS, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:
NIEGA

PSIQUIATRICO:
NIEGA

RESPIRATORIO:
NIEGA

SISTEMA NERVIOSO:
NIEGA ALTERACION DE APETITO:
HIPOREXIA

ALTERACION DEL PESO:
NOTAN PERDIDA DE PESO EN LA ULTIMA SEMANA

ALTERACION DEL SUEÑO:
NIEGA

ALTERACION DEL HABITO INTESTINAL:
NIEGA

ALTERACION DEL HABITO URINARIO:
NIEGA

ASTENIA:
SI

8. EXAMEN FÍSICO

ESTADO GENERAL: BUENO
ESTADO HIDRATACIÓN: HIDRATADO

EVIDENCIAN ECOGRAFÍA DE CUELLO: SIGNOS DE PROCESO INFLAMATORIO (SIALOADENITIS) PAROTIDEA IZQUIERDA. ADENOMEGALIA REACTIVAS CERVICALES BILATERALES, PANEL BITAL NEGATIVO, TPT LIG ERAMENTE PROLONGADO, TP NORMAL, INR NORMAL, PCR NEGATIVA, STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (STREPTOTEST) NEGATIVO, HEMOGRAMA CON ANEMIA NORMOCITICA, NORMOCROMICA, LEUCOCITOS LIGERAMENTE AUMENTADOS A EXPENSAS DE NEUTROFILOS, PLAQUETAS NORMALES. CONTINU A BAJO VIGILANCIA EN EL SERVICIO, CON MANEJO SINTOMATICO, ATENTOS A EVOLUCIÓN.

20/03/2026: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON ADECUADA EVOLUCON CLINICA, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEB RIL HACE 24 HORAS, HIDRATADA, TOLERANDO LA VIA ORAL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE Y CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ORINA Y DEPOSICIONES NORMALES. SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. SE EXPLICA A SU MADRE. REFIERE ENTE NDER Y ACEPTAR.PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON ADECUADA EVOLUCON CLINICA, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HACE 24 HORAS, HIDRATADA, TOLERANDO LA VIA ORAL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE Y CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ORINA Y DEP OSICIONES NORMALES. SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. SE EXPLICA A SU MADRE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

11. APOYO DIAGNOSTICO

LABORATORIO CLINICO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1
902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	1
902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	1
906329	VIRUS SICITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1
906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	1
906321	INFLUENZA ANTIGENO	1
906913	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	1
901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A [PRUEBA RAPIDA O DIRECTA]	1

IMAGENES DIAGNOSTICAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	1
881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	1

12. TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	IUM/CUM	DESCRIPCIÓN	DOSIFICACIÓN	ADMINISTRADOS	DÍAS
1156010113	/	ACETAMINOFEN X 1G SOLUCION INYECTABLE VIAL X 100ML	195	2	1
1156010114	/NO APLICA	ACETAMINOFEN X 200MG (10MG/ML) SLN. INYECTABLE JERINGA X 20ML	195	2	1
1147120917	/19922566-9	OMEPRAZOL X 40MG POLVO ESTERIL PARA INYECCION VIAL	24	2	2

13. SERVICIOS

CÓDIGO	SERVICIO	ESTANCIA
HOSPROV2	HOSPITALIZACION SEGUNDO PISO	2
	TOTAL DÍAS DE ESTANCIA	2

14. RESULTADOS DE LA TOTALIDAD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VER ANEXO DE PARACLÍNICOS IMPRESOS ADJUNTOS AL PRESENTE DOCUMENTO

15. CONDICION AL EGRESO

INCAPACIDADES GENERADAS: NINGUNA

16. PLAN DE SALIDA

DIETA:
NORMAL

ACTIVIDAD FÍSICA:
INCAPACIDAD ESCOLAR POR 7 DIAS

DATOS DEL PRÓXIMO CONTROL:
EN 3 DÍAS - CONSULTORIO: PEDIATRIA

MEDICAMENTOS:
DESLORATADINA X 30MG (2.5MG/5ML) JARABE FRASCO X 60ML CANTIDAD: 1 DOSIS: DAR 2.5 MILILITROS VIA ORAL CADA 24 HORAS NRO. DIAS: 5
SACCHAROMYCES BOULARDII X 250 MG POLVO P/SUSPENCION ORAL CANTIDAD: 8 DOSIS: DAR EL CONTENIDO DE UN SORBE VIA ORAL CADA 12 HORAS NRO. DIAS: 4
SALES DE REHIDRATACION+ZINC X 60MEQ SOLUCION ORAL FRASCO X 500ML CANTIDAD: 1 DOSIS: DAR 100-200 MILILITROS VIA ORAL DESPUES DE CADA DEPOSICION LIQUIDA NRO. DIAS: 3
SULFATO DE ZINC X 160MG (2MG/ML) SOLUCION ORAL FRASCO X 80ML CANTIDAD: 1 DOSIS: DAR 5 MILILITROS VIA ORAL CADA 12 HORAS NRO. DIAS: 14

GONZALEZ DEL RIO HADARA ZAREK - 1249068016

INFORMACIÓN ADICIONAL:

17. DESTINO					
VIVO	X	MUERTO	-		
		AUTOPSIA	-	PACIENTE FUGADO	-
DESTINO: DOMICILIO		MEDICINA LEGAL	-		



CC1140853706 MENDOZA ZUCHINI ADRIANA CAROLINA		1140853706
PROFESIONAL RESPONSABLE	FIRMA	REGISTRO PROFESIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Caffin
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 13001172024
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Yurleidis Moguea CC 32906409
Código CUENTAME UDS: 1300100064681
Dirección UDS: Ave barato calle cerete #154 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los capullitos
Teléfono UDS: 3207107665

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	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1143422686	Marlene		Herrera	Perez	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
02	RC	1044023620	Aikal	Mario	Reyes	Jimenez	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
03	RC	1143422187	Dilan	Andres	Mercado	Soto	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
04	RC	1020190660	Emiliano		Martinez	Nuñez	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
05	RC	1143423552	Evangelis	Mario	Angulo	Castellanos	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
06	RC	1140218078	Kaleth		Baltazar	Carrillo	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
07	RC	1143274929	Yairon	Jose	De la Ranz	Alvarez	3	12	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
08	RC	1042597236	Kiliam	Daviol	Manjarrez	Morales	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
09	RC	1201288798	Yurleidis	Sofio	Gonzales	De la cruz	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
10	RC	1048474859	Kaiwin		Canabal	Bolleteros	2	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
11	RC	1143422612	Yandriis	Sofia	Villa	Cabeza	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
12	RC	1143422800	Aitana	Sofia	Blanquicett	Cabrera	2	04	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
13	RC	1242389432	Fiorela		Siera	Ortiz	2	04	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	234	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yurleidis Moguea Jimenez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

NIT: 800189920 NÚMERO DE CONTRATO: 1300100011712024 Regional: BOLIVAR

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	8/28/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Caffyn
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300
MES: Marzo
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y B. Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Hedaliz Vargas CC: 45.493.573
Código CUENTAME UDS: 1300100049092 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Campanita
Dirección UDS: Vista H. KG0029A30 Teléfono UDS: 3013139150

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1201293404	AHINARA	SOFIA	RODRIGUEZ	RODELO	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
02	RC	1143422452	SHADDAI	SOFIA	MEJIA	PEREZ	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
03	RC	1143421589	HANNAH	LUZ	ROJANO	ARRIETA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
04	RC	1249071429	EMMA	SOFIA	MENDOZA	MERCADO	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
05	RC	1048473554	LEIDER	ANDRES	RAMOS	GOMEZ	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
06	RC	1201292954	JESSER	ASHER	TABORDA	ZULUAGA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
07	RC	1044022874	JURIANA	CAROLINA	CONTRERA	CONEO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
08	RC	1253658367	NEITHAN	DAVID	POLO	CONSUEGRA	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
09	RC	1143422000	MILAN	STEFAN	NAVEA	MUENTES	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
10	RC	1201290312	SAMARA	PAOLA	ROHENES	VASQUEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
11	RC	1143422713	NEYTAN	ISAAC	CARO	OVIEDO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
12	RC	1143422825	ELISA		ARANGO	MARRIAGA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
13	RC	1143422824	NAHIA		ARANGO	MARRIAGA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 234

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MG12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: fundación de la comunidad Nit 33255144
MES: Febrero NUMERO DE CONTRATO: AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahía. Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo DENISE HERRERA CC 33255144
Código CUENTAME UDS: 1000300694961 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar los laureles HOGAR INFANTIL LOS LAURELES
Dirección UDS: Consolata Sector Paraiso Mz T Ll 14 Teléfono UDS: 3 1 0 7 5 5 4 1 7 7

Inicia ___ Se ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA | SEGUNDA | TERCERA | CUARTA | QUINTA
Días: LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES

TOTAL MENSUAL

ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
18		
TOTAL 234		

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

Denisse Herrera Nieto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MTL.PP — 28/09/2025
Versión 1 — Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

NIT 800189920-5 — NÚMERO DE CONTRATO — Año 2026
MES Marzo
MODALIDAD DE ATENCIÓN Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN H C B

Fundación de la Comunidad Unida Griffin

IDENTIFICACIÓN
Regional Bolivar — Centro Zonal Industrial-Bahia — Municipio Cartagena
Nombre Agente Educativo (a) IRIS POLO S — cc 45686794
Código CUENTAME UDS 1300-1002 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Hogar Comunal
Dirección UDS Calle 9 Educador ST Buenos aire N76 — Teléfono UDS 3015004257

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)	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	1253858170	IAN	GAEL	OROZCO	BANQUEZ	2	7	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
02	RC	1201261118	ALANNA	PAOLA	ROBLES	GUTIERREZ	3	7	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
03	RC	1143421179	MATHIAS	DE JESUS	IBAÑEZ	DIAZ	3	11	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
04	RC	1042587690	RAUL	SANTIAGO	PUELLO	TOVAR	3	3	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
05	RC	1042587689	FEUX	DAVID	PUELLO	TOVAR	3	3	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
06	RC	1201292432	ALEJANDRO	JOSE	MONTES	VILLAREAL	2	9	AAAAA AAAAA AAAAA AII	162	
07	RC	1043345344	ILAN	SANTIAGO	MATOS	JULIO	1	11	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
08	RC	1043345882	ADRIANA	LUCIA	MATOREL	MORALES	2	0	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
09	RC	1249070247	WIZLEIBIS	NAZARETH	FRIOL	VILLARROEL	2	7	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
10	RC	1201292531	ANTONELLA		GUTIERREZ	SILGADO	1	9	AAAAA AAAAA AAAII AAA	162	
11	RC	1249070603	EIUM	HELENA	SUAREZ	ALVAREZ	2	1	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
12	RC	1235053539	GABRIELA	ISABEL	ESQUIAQUIS	VASQUEZ	2	0	AAAAA AAAII AAAAA AAA	162	
13	RC	1143423851	BENJAMIN	ANSELMO	HERRERA	CABARCAS	1	11	AAAAA AAAAA AAAAA AAA	180	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 2286

13

COORDINADORA(E)A

Iris Polo Salgado
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 8001[illegible]920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001171-2024
MES: Marzo AÑO:2026 MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA SERVICIO DE ATE
H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): DOROTEA MORELO DIZ CC:45487148
Código CUENTAME UDS: 1301100049072 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PRIMERA JORNADA
Dirección UDS: VISTA HERMOSA MZ R PRIMA LOTE 9 Teléfono UDS: 3226692573

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, MIÉRCOL, JUEVES, VIERNES)																	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1247258318	JEREMIAS		REINEL	GUERRERO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
02	RC	1044021646	DIEGO	ANDRES	JIMENEZ	MENDOZA	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
03	RC	1048473684	MERLIAH	DEL MAR	RODELO	SIERRA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18	1	
04	RC	1235052132	SALOME		MARTELO	ALFARO	3	6	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					17		
05	RC	1242389907	ISAIAS		MORELO	PUELLO	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
06	RC	1235052700	KARIANIS	SOFIA	UYARA	BERRIO	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
07	RC	1143421733	JOSHEP		ANTONIO	GARCIA	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
08	RC	1201293449	GAEL	ANDRES	BARRIOS	SEGUANES	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
09	RC	1249069826	ARIANYS	SOFIA	BARRIOS	ELLES	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
10	RC	1043346349	GIAN	LUCCA	PAJARO	PIEDRAHITA	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
11	RC	1143423618	DIEGO	ALEJANDRO	REPIZO	JULIO	2	1	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I						18	
12	RC	1235052052	ASHLY	JOHANA	SOTO	GUARIN	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
13	RC	1249070270	ALISSON	MICHELLE	PALACIO	MONTEMIRANDA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
																										TOTAL	215	19	

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

COORDINADOR(A) EA

Dorotea Morelo Diz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	8/28/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Hz Osorio
NIT: 800189920-6 NUMERO DE CONTRATO: _____
MES: Febrero AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Ins. de la Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Mendoza CC: 30768375
Código CUENTAME UDS: 1300/0006945/7 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hi Arumeo
Dirección UDS: Consolata Sec. Parafeo Mz F L3 Teléfono UDS: 3106285446

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO 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	
									2 LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	9 LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	16 LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	23 LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C	1050 926 988	Jesus	David	Acevedo	Hernandez	2	1	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						16	1	
02		1249 070 473	Siloana		Blanco	Hoyos	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	I	A	A						16	1	
03		1201 291 285	Isabel	Sofia	Fiorillo	Suarez	2	7	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						16	1	
04		1048 473 271	Homer	David	Cabrera	De Avila	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A		A	I	I	A	A						14	3	
05		1201 293 150	Jesus	David	Guzman	Hernandez	2	1	A	A	I	A	A	I	A	A	A	A	A		A	I		A	A	A	I	A						13	4	
06		1247 259 208	Jeremy	Alexander	Arevalo	Perez	3	2	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						16	0	
07		1253 658 550	Tomoty		Montero	Tirpete	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	I		A	A	A	I	A						15	2	
08		1201 290 032	Ismael	David	Orozco	Jeal	3	6	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						16	1	
09		1201 293 065	Jairoth	Maria	Oviedo	Cuadro	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A		A	A	A	A	A						17	0	
10		1047 525 026	Khloe	Sofia	Pareja	Carbonell	1	8	I	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	I		I	A	A	A	A						13	4	
11		1249 068 415	Nohia		Rodriguez	Pacheco	3	5											A		A	A		A	A	A	A	A						7	0	
12		1201 293 489	Dulce	Maria	Suarez	Penaranda	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A		A	A	A	A	A						16	1	
13		1201 289 119	Valery		Villafrade	Bula	3	8	A	A	A	A	A	A	I	I	A		I		I	I		A	A	A	I	A						11	6	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 175

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
5/03/16	Isabel Sofia Tirado Suarez	1201 292 291	La niña vomito 2 veces y fiebre.	Como evoluciona la niña	Observar en que consiste la situación de la niña Isabel S. T.	Estar pendiente, llevarle lleno el medico si lo requiere.		Establecer contacto con su mamá.	Celeni-q T.
			5 y 6 de marzo/16	después de la enfermedad.					
17-03/16	Jesus David Guzman Hdez	1201 293 150	El niño no se adapto y no le gusta el cuarto la puerta cerrada no le gusta.		Hablar con la maestra para llevar a la peño Gilma a ver si se adapta en su U.D.S.	Se consento y la maestra acepto y el niño se encuentra en la U.D.S de la peño Gilma Anaya		Esperar la adaptación del niño Jesus D. Guzman Hernandez	
17/03/16	Keys Isabella Vitola Hoyo	1143 423040	La niña remplazo al niño Jesus David Guzman H			Q la niña Keys Isabella asista a la U.D.S			Rosalba Polo

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	20/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: fundacion Caffin
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117/2024
MES: MARZO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: H-C-13

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial Bahia Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): FARIDES TORRES CC: 33298221
Código CUENTAME UDS: 1300100069486 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Estrellitas
Dirección UDS: EDUCADOR SECTOR 2 de NOVIEMBRE M6L5 Teléfono UDS: 3107387610

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		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		ANGELUS		VERGARA	MADERO	1143423706	2	0	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A				A	A	A			17	1	
02		SELENE	SOFIA	RUIZ	ANAYA	1048474185	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			18	0	
03		MATHIAS	ANDRES	BARRIOS	REYES	1050981278	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			18	0	
04		KIARA	SOFIA	OLIVERO	ANGULO	1201291094	3	0	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			17	1	
05		MAICOL		SALGADO	LEDESMA	1256018298	1	9	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A				A	A	A			17	1	
06		LUIS	DAVID	BADEL	RIVERO	1143423357	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				I	A	I			16	2	
07		ANGEL	JOSUEH	PEÑA	ORTEGA	1201289176	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			18	0	
08		SHANTALL	LUCIA	CORREA	PADILLA	1044021619	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			18	0	
09		BRYAN	ANDRES	HERAZO	URANGO	1249069644	2	9	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A				A	A	A			17	1	
10		JESHUA	JERONIMO	ESQUIVEL	ACOSTA	1048475101	2	4	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				I	A	A			16	2	
11		EMMANUEL	DAVID	MANGA	ZAPATA	1249068467	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			18	0	
12		KARIS	YHONELLA	JULIO	GARCES	1044019021	4	4	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	T				A	A	A			16	2	
13		ANALY	SOFIA	PUERTA	RODRIGUEZ	1253658347	2	5	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			17	1	
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														

TOTAL 223 11

13 NIÑOS

COORDINADOR(A) EA

Fundación Donna Otero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PLMO12.FP | Versión 8 | Clasificación de la información: Pública | Página 1 de 1

Modalidad: COMUNITARIA
Operación: HCB
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: Industrial y de la Bahía
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARIÑOSITOS
Nombre UCS:
Código CENTAME UCS: 13P010064435
Nombre UCS: Consolata Sect. Alcazares

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Cupo	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIA	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIA	OBSERVACIONES
1	RC	1201232205	ADHARA		LARA	DE ALVA	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
2	RC	1249868736	ADRIANA	LUCIA	CUETO	ZABALETA	3	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
3	RC	1243420	ELENA	ISABEL	MARTINEZ	AHUMADA	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
4	RC	1094818465	NOHEMY	SOFIA	CASSIANI	NARVAEZ	4	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
5	RC	1249029490	IAN	DAVID	MUÑOZ	CASTRO	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
6	RC	1253658249	ADHARA	SOFIA	MUÑOZ	DORAL	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
7	RC	1246328412	LUIS	ANGEL	BANDA	NUÑEZ	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
8	RC	1094795916	NAOMY	SOFIA	CHARRIS	ESTRADA	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A				
9	RC	1094822926	ABRAHAN	DAVID	ARAUJO	RODRIGUEZ	3	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A			15	3	
10	RC	1193732231	KEYBER	ANDRES	CHACON	CASTILLO	3	9	R E T I R A D O -			A A I		18		
11	RC	1094845505	THIAGO	ANDRES	NARVAEZ	ESCOBAR	2	4	I I A A A A A A A A A A A A A			A A A		18		
12	RC	1201283740	AYNARA	SOFIA	BABILONIA	NUÑEZ	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A			A A A				
13	RC	1249066P04	WHITNEY	SOFIA	LÓPEZ	OROZCO	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A							
14																
15																
16																
17																
18																
19														213		
													TOTAL	213		

Verificación de Cobertura:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS A ESTA UCS: 13 niños(as)
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN LA UCS:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS SIN CUPO QUE SE ATIENDEN EN ESTA UCS:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS:

COORDINADOR(A) SA

Esneidep Chamu Pacheco
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
02-03 2026	Thiago A Narvaez	1048845309	No asistio al HCB	le mando manifiesta q el niño esta con fiebre	Llamarle	Enviar la excusa			
03-03 2026	THiago A Narvaez				a Cita medica	Enviar la excusa			
23-03 2026	VACUNO								
27-03 2026	JORNADA Pedagogica								

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Caffyn IDENTIFICACIÓN: 48.432.517. Hoja ___ de ___

NIT: 809189920-5 NUMERO DE CONTRATO ____ Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahía Municipio: C/gena

MES: Marzo AÑO: 2026 Nombre Agente Educativo (a): Rosario. C. Morelos CC. 45.432.518 C/gena

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB. Código CUENTAME UDS: 13001000 44082 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Angelito Alegre

SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario. Dirección UDS: Diag. 30A #58-80. Villa Rosa Teléfono UDS: 3145678467

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	1ª L	1ª M	1ª Mi	1ª J	1ª V	2ª L	2ª M	2ª Mi	2ª J	2ª V	3ª L	3ª M	3ª Mi	3ª J	3ª V	4ª L	4ª M	4ª Mi	4ª J	4ª V	5ª L	5ª M	5ª Mi	5ª J	5ª V	TOTAL ASISTENCIA	TOTAL INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1143422308	DULCE	MARIA	SERRA	BELEÑO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							18	✓	
02	RC	1047519899	AURORA		MUÑOZ	OCHOA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							18	✓	
03	RC	1044022154	IAN	SAMUEL	ARBELAEZ	PEREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							18	✓	
04	RC	1143422436	YAILER	ANDRES	SUAREZ	PERALTA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	\	A	A	A							17	1	
05	RC	1047519777	SAIDI	ISABEL	MORELOS	VARGAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	I	\	A	A	A							16	2	
06	RC	1249069617	MARIA	CELESTE	CALDERON	ALVAREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							18		
07	RC	1047520270	IEIMMY	NICOLE	MORALES	VILLA			A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							16	2	
08	RC	1044943346	EIDER	DAVID	CORREA	CASTILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	I	A							17	1	
09	RC	1047523322	ANDREA	CAROLINA	MEJIA	VARGAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	\	A	A	A							17	1	
10	RC	1143422332	ADHARA	SHARLOTT	GODOY	RODRIGUEZ			A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	\	A	A	A							16	2	
11	RC	1143423693	EMMA	LUCIA	TORREGLOSA	GUZMAN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	I	A	A							17	1	
12	RC	1143423250	MATIAS	DE JESUS	RIOS	ALVAREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	\	A	A	A							18		
13	RC	1201291396	MARIA	JOSE	OSPINO	AYALA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	\	A	A	A							17	1	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	223	11	

(Weeks: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; days: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)

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

COORDINADOR(A) EA

Rosario. C. Morelos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la Comunidad Unida — NIT: 800189920-5 — NÚMERO DE CONTRATO: Gustavo Martinez "CAFYN" — MES: MARZO — AÑO: 2026 — MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario. — SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: Bolívar — Centro Zonal: Industrial de la Bahía — Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Yanin Alvarez Atencia — CC: 64'569.017.
Código CUENTAME UDS: 13001000 49056. — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: "Jardín Mágico!"
Dirección UDS: Vista Hermosa. Quinto Milote 24 - Cra 61. — Teléfono UDS: 3114130300.

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 (2 LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, 6 VIERNES)	SEGUNDA (9 LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, 13 VIERNES)	TERCERA (16 LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, 20 VIERNES)	CUARTA (23 LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044942481	ANDREA	SOFIA	PEREZ	SIERRA			A A A A A A A A A A A A A A					18		
02	RC	1044024198	AHINARA	SOFIA	CHAVEZ	GALVIS			I A A A A A A A A I A A A A					16	2	
03	RC	1143423181	ALANNA	SOFIA	GOMEZ	GLORIA			A A A A A A A A I A A A A A					17	1	
04	RC	1249089137	MAIREN	SOPHIA	ESCORCIA	MEZA			A A A A A A A A A A A A A I					17	1	
05	RC	1143421843	SAMUEL	ABRAHAN	COLMENARES	IGLESIA			A A A A A A A A A A A A A A					18		
06	RC	1044019501	MATIAS	JESUS	CARRILLO	ABRIL			A A A A A A A A A A A I A A					16	2	
07	RC	1048474744	JAIME	ANDRES	SANCHEZ	MARTINEZ			A A A A A A A A A A A A A A					18		
08	RC	1137543211	EMILIANO		RIVERA	BLANCO			A A A A A A A A A A A A A A					18		
09	RC	1047522702	ADALET	SOFIA	CARMONA	MALDONADO			A A A A A A A A A A A A A A					17	1	
10	RC	1050981387	ISAAC	DAVID	DUQUE	MONTIEL			A A A A A A A A A A A A A A					18		
11	RC	1201293054	KEYLOR	JOSE	ARZUZA	GUZMAN			A A A A A A A A A A A A A A					18		
12	RC	1249068840	GAEL	DAVID	MONTES	HERNANDEZ			A A A A A A A A A A A A A A					18		
13	RC	1242390628	GAEL	ANTONIO	RINCON	ARROYO			A A A A A A A A A A A A A A					18		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	227	7

18

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

Yanin Alvarez A.
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: fundacion Dela Caffin
NIT: 800189920-2 NÚMERO DE CONTRATO: 1300
MES: 03 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCS
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Centro Zonal: Industrial Bolo Municipio: cartagena
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Edisu B
CC: 45495396
Código CUENTAME UDS: 1300100049074
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: marinerito
Dirección UDS: DG 30 Nº 58 47
Teléfono UDS: 3234568134

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	1044023387	NIKOLLE	ANDREA	CUADRO	GARCIA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		17	1	
02	RC	1050980586	HEMMA	MILAGRO	PUERTA	MARTINEZ			A A A I A A A I A A A A A A A A A A		16	2	
03	RC	1143422922	MARIA	PAULA	VILLEGAS	ROA			A A A A A A A I A A A A A A A A I		16	2	
04	RC	1201292364	MARIA	CELESTE	COTERA	OROZCO			A A A A A A A A A A I A A A A A A		17	1	
05	RC	1044019944	JOAN		GARCIA	LOPEZ			A I A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1143420678	ALANA	SOFIA	TABORDA	ALCALA			A A A A I A A A A A A A A A A A A		17	1	
07	RC	1043346441	MARIANGEL		NOGUERA	ZAMBRANO			A A A A A A A A A A A A A A A I A		17	1	
08	RC	1256018048	MARIA	CELESTE	SIERRA	ALCAZAR			A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1242390387	LITZY	YAIRETH	COGOLLO	BERROCAL			A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10	RC	1201293566	GAEL		BATISTA	NIETO			A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11	RC	1201292429	SAMANTHA		ARROYO	MARTINEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
12	RC	1201292430	SALOME		ARROYO	MARTINEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
13	RC	1137543261	LINA	SOFIA	CAICEDO	JARABA			A A A A A A A A A I A A A A A A A		17	1	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													11
										TOTAL	223	223	

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

Edisu Blanco
RESPONSABLE DE GRUPO 45495396

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

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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: 800188992 0 NÚMERO DE CONTRATO: 1300100011712024
MES: MARZO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIA DELA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): YUNIS OVIEDO CC: 1'046427053
Código CUENTAME UDS: 1300100011103781 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS AMIGUITOS
Dirección UDS: BARRIO BARATO CLL OLIMPICA 5-65 Teléfono UDS: 3203082426

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																												ASISTENCIAS	N. ASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA												
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	SABADOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES							
01	RC	1201291512	SAMUEL	ALEJANDRO	TREJO	FAJARDO	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
02	RC	1238348384	LEON	DEL CARIBE	CASSIANI	BELLO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
03	RC	1066902176	MAILN	SOFIA	MENDOZA	MUÑOZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
04	RC	1143422576	ISAIAS	DAVID	VILLAREAL	RAMOS	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
05	RC	1044023110	DEREK	DAVID	LORDUY	MARTINEZ	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
06	RC	1143421519	OLIVER	CHARIS	VERGARA	ZUÑIGA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
07	RC	1047521177	SARED		ARRIETA	GUTIERREZ	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
08	RC	1044023110	JEIKOL		CARABALLO	PEREZ	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
09	RC	1242390140	YERIEL	ALEXANDER	CHIQUILLO	ZABALETA	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I									17	1	
10	RC	1238348240	JHEINER	ENRIQUE	RAMOS	LOPEZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I									17	1	
11	RC	1044023222	MARIA	ALEJANDRA	CIENFUEGO	PRIETO	2	7	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									17	1	
12	RC	1044020753	LUIS	MIGUEL	MARTINEZ	CASTILLO	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A									17	1	
13	RC	1235053098	MARIA	SALOME	OSPINO	LOPEZ	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I									17	1	
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

TOTAL 189

Verificación De Cobertura: 13

Yunis Oviedo Rodelo
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Matamoros
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: ___
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: ICBF

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Ind. Yolanda Bahia Municipio: Barlaguera
Nombre Agente Educativo (a): Judith Hoyos CC 33.153.310
Código CUENTAME UDS: 1300100069455 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Encanto
Dirección UDS: Bosoleta M. H. L 58 Teléfono UDS: 3054171541

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1044022492	Alessio	Deyleth	Flores	Blanco	3	-	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A	18		
02	RC	1249068412	Ashley	Sofia	Romero	Canate	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A	18		
03	RC	1201291832	Mario	Angel	Lazaro	Puerto	3	-	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A	14	4	
04	RC	1201293952	Cristian		Romero	Pauth	1	7	A A A A A / A A A A A / A I I A A / I I A	16	2	
05	RC	1253658819	Nael	Eduardo	Bonfante	Cuadro	3	8	A A A A A / A A A A A / A A A A I / A A A	18	-	
06	RC	1201291917	Isaac	David	Fuerte	Miranda	2	11	A A A A A / A A A A A / A A I I A / I A A	15	3	
07	RC	1044022744	Emma	Nicoll	Guzman	de Arco	2	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / I A A	17	1	
08	RC	1201292889	Andrey	Camilo	Gonzales	Julio	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A	18	-	
09	RC	1044019418	Yoely	de jesus	Vasquez	Caporico	4	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A	15	3	
10	RC	1234899153	Yuller		Olmos	Jami	2	8	A A A A A / A I A A A / I I A A A / A A A	13	5	
11	RC	1201292018	Emma	Carolina	Valurtuna	Guerra	2	10	A A A I I / A A A I A / A I I A A / A A A	17	1	
12	RC	1088469750	Jonaitan	Nael	Ospino	de Alba	4	10	A A A A I / A A A A A / A A A A A / A A A	18	-	
13	RC	1201293852	Samanta	Sofia	Estrada	Castilla	1	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A			
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20										TOTAL	275	16

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

Judith Hoyos Bolaño
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____
MES: 03 AÑO: _____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de Bahia Municipio: _____
Nombre Agente Educativo (a): Edilmira N CC: _____
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Floreciti
Dirección UDS: Consolata M.P.L.4 Teléfono UDS: _____

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, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044022665	EMMA	SOFIA	CANTILLO	DE LA RANS	2	11	A A I A A	A A A A A	A A I A A	A A A		17	1	
02	RC	1143420545	MAYERLYN	Sofia	Caballero	Puello	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		15		
03	RC	1048475624	Emlink	Lucia	Rivera	Garizabal	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		15		
04	RC	1201293347	Luciana	Aisleen	Del Real	Guerra	2	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		15		
05	RC	1201294057	Keler.	David.	Gonzalez	montes	1	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		A	1	
06	RC	1201293939	Alejandra		Gutierrez	Rondon	1	6	A A A A A	A I A I A	A A A A A	A A A		16	2	
07	RC	1247968238	Manuel	Yoel Okon	Perez	Caggiani	1	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
08	RC	1253658949	Houren	maria	lopez	Jimenez	1	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
09	RC	1201293551	Frank.	Andres	pearson	Torregosa	1	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
10	RC	1043345938	Aylen	Sofia	Canuel	Jimenez	1	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
11	RC	1235546180	Jayden	DANIEL	AMAYA	Cardenas	1	9	A A A A A	A A A A A	A A A A I	A A A		17	1	
12	RC	1249070178	Lucia		Serra	Simancas	1	1	A A A A A	A I A A A	A A A A A	A A A		17	1	
13	RC	1201295508	THAYS	SOFIA	MORALES	RUIZ	3	9			1 6 A A A A A	A A A		8		
14															2	6
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	41	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Edilmira Pacheco
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/04/2023
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la Comunidad unida Gustavo Cuello Martinez
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 3001171/24
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL HCB.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Ln de la Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Naslyn Barrios P CC: 45494933
Código CUENTAME UDS: 1800100009414 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños Ramitos
Dirección UDS: Consolata MC 1-25 Los Alcazares Teléfono UDS: 3153458075

Hoja 2 de 2

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044020492	SANTIAGO	DE JESUS	BERMUDEZ	CARRILLO	3	10			18		
02	RC	1143422005	ANYELO	MARCELO	CARDOZO	VANEGA	3	3			13	5	
03	RC	1051895689	EMMANUEL	ANDRES	GALERA	HENRIQUE	3	10			18		
04	RC	1201290238	LIAM	DAVID	MELENDEZ	URDANETA	3	7			18		
05	RC	1048473322	ALICE		MIRANDA	RODRIGUEZ	3	6			18		
06	RC	1142955136	HAZEL	JASIBE	MIRANDA	IDROVO	3	10			18		
07	RC	1249068584	MAURO	SAMIR	MARTINEZ	VELEZ	2	11			18		
08	RC	1235053866	DARIANA	LUCIA	PEREZ	HURTADOS	2				18		
09	RC	1043345943	EMMANUEL		SALAS	OROZCO	1	11			18		
10	RC	1201291489	ABBYGAIL	SAMARA	SILVA	AGUILAR	3	1			18		
11	RC	1249069845	MIA	TATIANA	TOVAR	HERNANDEZ	2	3			18		
12	RC	1143422092	ALEX	DAVID	ZEA	CABALLERO	3	5			18		
13	RC	1240499328	DARIEN	DAVID	PEREZ	TARRA	3						
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 229 5

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

COORDINADOR(A) EA

Naslyn Barrios Paternino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFAN
NIT: 800189920 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: MARZO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: UD - BOLIVIA
Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CORPAS
CC: 22790870
Código CUENTAME UDS: 1300100694418
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: JOSPUESTOS
Dirección UDS: COLOMBIA SECTOR EL PARAISO MZ 13.
Teléfono UDS: 3108313062

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 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	1143420764	SAMUEL	DAVID	SANTOS	RODRIGUEZ	4	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
02	RC	1137543562	CELESTE		CANTILLO	RAMIREZ	2	8	A A A A A	A A A A A	I A A A A	A A A		17	1	
03	RC	1143421988	JEYKO	JOSE	PUELLO	GONZALEZ	3	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
04	RC	1201292672	HILARY	ANDREA	CORPAS	BUELVAS	2	5	A A A A A	I A A A A	A A A A A	A A A		17	1	
05	RC	1247259800	MARYANGEL		OTERO	TAMAYO	2	4	A A A A I	A A A A A	I A A A A	A I A		16	2	
06	RC	1098263272	THIAGO	JOSE	ARROYA	VILLADIEGO	1	7	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A		17	1	
07	RC	1043344205	SALOME	SOPHIA	DIAZ	TUTON	2	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A I		17	1	
08	RC	1044023897	KILLIAM	ANDRES	ARRIETE	CABEZA	1	11	A A I A A	A A A A A	A A A A A	I A A		16	2	
09	RC	1253658155	HANSLEY	SOFIA	HENRY	JIMENEZ	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18		
10	RC	1201293260	LIAM	DAVID	MESENDEZ	JIMENEZ	2	1	A A A A A	A A A A A	A I A A A	A A A		17	1	
11	RC	1201294255	MIRIA	CELESTE	SUEVES	MEZA	1	2		A A A A A	A A A A A	I A A		17	1	
12	RC	1043343514	MONSERRAT		NUÑEZ	MENDOZA	3	2			A A A A I	A A A		17	1	
13	RC	1201292327	KILLIAM	ANDRES	BOLIVAR	GUZMAN	2	7				A A A		3		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	208	11	

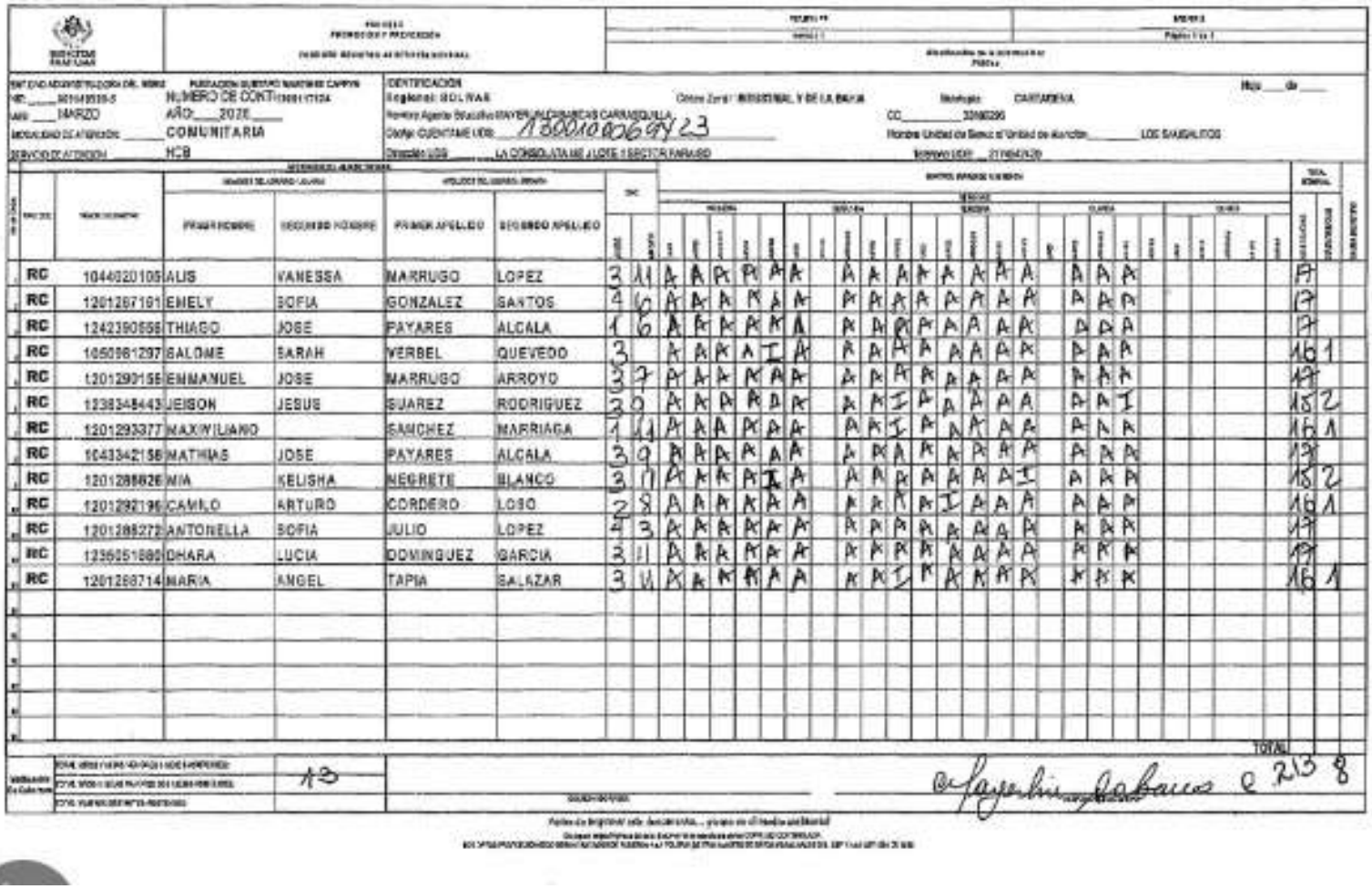
Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

María Corpas Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner



NUMERO DE CONT
AÑO 2026
MARZO
COMUNITARIA
HCB
LA CONSOLATA IE J LOPE I SECTOR PARAISO
COMUNITARIA
LOS SAUSALITOS

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	05/6/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Coffyn
NIT: 800189720-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2001/3/2024
MES: Febrero AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahía Municipio: cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Hilda Alvarado CC: 45670413
Código CUENTAME UDS: 1300100069380 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Rs Rubiño
Dirección UDS: Consolata Mz a lote 6 Teléfono UDS: 3118033871

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1236568724	Ahinara	Sofía	Figueroa	Salazar	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02	RC	1249070145	Joys	Valentina	Sierra	Estrada	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03	RC	1249071680	Gamma	Lucia	Acosta	Simancas	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04	RC	1201291552	Luciana	Maria	De Alba	Salas	3		A A A I I A A A A A A A A A A A A A A A		16	2	
05	RC	1249068469	Eva	Sofía	Rebolledo	Osuna			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1249069961	Luciana		Florez	Rodriguez	2		A A A A A I I A A A A A A A A A A A A A		16	2	
07	RC	1235053603	Abigail		Muñoz	Bado	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08	RC	1242597929	Anduris	Junior III	Martinez	Correa	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1235053667	Luciano	Jesus	Rojas	Sanmartin	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10	RC	1235053090	Kevin	Andres	Osorio	Hernandez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11	RC	1201293119	Alejandro		Guerrero	Sierra	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
12	RC	1201292654	Yohyeel		De Leon	Pajaro	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
13	RC	1201294231	Gael		Gomez	Medina	1		A A A A A A I I A A I I A A A A A A A A		15	3	
14													
15													

TOTAL 207

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

COORDINADOR(A) EA

Hilda Alvarado C.
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: F. Gustavo Martinez Cuervo
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 3001712024
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y bahía Municipio: Cartagena Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): Gilma Angulo CC: 33131787
Código CUENTAME UDS: 1390100089390 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Azucenitas
Dirección UDS: Consolata M D 1 de 6. Teléfono UDS: 6911622

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1062548027	Eva	Sandris	Martinez	Zuleta	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		15		
02		1044019214	Dulce.	Maria	Mariaga	Gutierrez	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03		1201290369	Valentino		Guzmán	Carrascal	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04		1137544445	Emily	Maria	Romero	Seña	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05		1047520243	Golther	Alejandro	Ramos	Orozco.	3	1		A A A A A	8		
06		1050981918	Alanna	Sofia	Orozco	Torres.	3	1		A A A A A	8		
07		1253158303	Mateo		Uribe	Anibal.	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08		1044024092	Tnana	Marcela	Navarro	Vasquez.	1	8		A A A A A	8		
09		1201293150	Jesús	David	Guzmán	Hernandez	2	3		A A A A A	8		
10		1048618720	Xavier	Andres	Tinoco	Garcia	1	10		A A A A A	8		
11		1029293481	Maileth.		Gonzalez	Miranda	2			A A A A A	8		
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 138

Verificación De	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	

Gilma Angulo
COORDINADOR(A) ZONAL — RESPONSABLE DE UNIDAD

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2024
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo M. Coffin
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300177/24
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: HC3

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial, Los Calamares Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Karen Tinoco CC: 32937576
Código CUENTAME UDS: 1300100069467 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Raicitas
Dirección UDS: Villa Rubia Mz C Lote 2 Piso 2 Teléfono UDS: 3017724703

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1043344256	Keily	Silvana	Rodriguez	Carreño	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1242390598	Veyla	Maria	Beltran	Pina	1	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1048475269	Alaia	Peliel	Rodriguez	Sierra	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1048474731	Kendall	Sophia	Yanes	Torres	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1201289719	Isaac	David	Payare	Fuentes	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1081937366	Keyvin	Manuel	Solis	Avila	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1048475252	Greisy	Alejandra	Moya	Diaz	2		A A A A A	5		
08	RC	1238347863	Abael	Milan	Pareja	Rodriguez	4		A A A A A A A A A A	7		
09	RC	1249076653	Liam	David	Ibañez	de la Sala	1	9	A A A A A A A A A A	7		
10	RC	1043345914	Hans		Daza	Martinez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1201292522	Jhonle	Sivan	Simarra	Lopez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12	RC	1249068561	Keython	David	Chiquillo	Pacheco	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12 niños
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Karen E. Tinoco Oviedo
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CARVYN
NIT: 800188920-5
NUMERO DE CONTRATO: 1300117 924
MES: MARZO
AÑO: 202 6
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Cortes M
Código CUENTAME UDS: 1300100069523
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan
Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA
CO 22801782
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pequeñines
Teléfono UDS: 3205466135
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	R.C	1044019130	Noah		Alcala	Almeida	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
02	R.C	1201289084	Carlos		Barcasnegra	Campillo	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
03	R.C	1049588539	Alaia	Sofia	Barrios	Herrera	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
04	R.C	1044017529	Alan	David	Camencia	Palencia	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
05	R.C	1201286825	Matteo		Cano	Vargara	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
06	R.C	1043344678	Alexa		Castro	Romero	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
07	R.C	1043342659	Elis	Ariana	Davila	Rincon	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
08	R.C	1201289985	Alaiya	Gisell	Hurtado	Bossio	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
09	R.C	1201291107	Emily	Sofia	Perez	Barboza	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
10	R.C	1043346187	Maximiliano	Andres	Peroza	Acosta	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
11	R.C	1043345570	Elias	David	Tapias	Gonzalez	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
12	R.C	1238350597	Liam	David	Diaz	Villareal	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	15	
13	R.C	1249070874	Katalena		Martinez	Barrios	1	9	A A A A A A A A A A	10	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL

Verificación De Cobertura

13

COORDINADOR(A) EA

Sandra Cortes Marquez
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 156 E 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Modalidad Comunitario
Mes: Marzo Año: 2026
Servicio de Atención: HCB

Regional: Guajira
Nombre Agente Educativo (a): Valentina Daza Ruiz
Código CLEMENTE LOS: 1200[illegible]
Dirección UDS: CORREGIMIENTO
Centro Zonal: Industria y la bahia
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Camaguetos
Teléfono UDS: 3111754

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
1	RC	1047[illegible]541	Emmy	Sophia	camargo	Gallego	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
2	RC	1249072043	Samantha	Leiva	Pulido	Morales	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
3	RC	1009856630	Valery	Sofia	arroyave	zapata	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
4	RC	1044[illegible]575	ayanes		aguilar	Florez	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
5	RC	1012[illegible]42	Alix	Sofia	Caballero	Robles	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
6	RC	1[illegible]4-9091	Ilvanys		Padilla	Salcedo	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
7	RC	1143421395	Sharlin	Hali	Pacheco	Ruiz	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
8	RC	1249072[illegible]	Shaili		Ariza	Alvarado	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
9	RC	1012[illegible]618	Yoxealesta		Paez	Guerra	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
10	RC	1045[illegible]769	Klauss	David	Barrio	Montaroso	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
11	RC	1249[illegible]669	Ela	David	Magallanes	Zuñiga	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
12	RC	1249[illegible]966	Saul	Alejandro	Sabalza	Ariza	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
13	RC	1063[illegible]431	Eva	Sandith	Lopez	Miranda	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 234 ÷ 18 = 13

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!

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
23 Marzo	Festivo	Festivo	Festivo						
27 Marzo	Amiguitos	1300100103792	Capacitación Pedagogica Pedagogica	Reflexión Pedagogica Nasual					

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo H. Caffyn. NIT: 800189920 NÚMERO CONTRATO: 1300117 - 2024
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial de B. Municipio: Cartagena Hoja __ de __
Nombre Agente Educativo (a): Sonia Olaya CC: 45516307
Código CUENTAME UDS: 1300100069462 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Gotitas de Amor 2
Dirección UDS: El Educador calle 39 - 75a - 7 Teléfono UDS: 3023380441

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	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	1048470967	Elizabeth.		Arroyo	Guerrero	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A			18	
02	RC	1201289662	Emma		Batista	Morillo	3	8	A A A A A	I A A A A	A A A A A	A A A			17	1
03	RC	1249068010	Yulianis	Andrea	Arrieta	Macia	3	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
04	RC	1242389869	Alisson	Lucia	Ochoa	Cordoba	2	11	I A A A A	I I I I I	I I I I I	I I I			4	14
05	RC	1143422932	Shapliana	Del Carmen	Espinosa	Casalet	2	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
06	RC	1238350344	Leonela		Mendivil	Sosa	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
07	RC	1253658351	Naelys	Yireth	Arroyo	Guerrero	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
08	RC	1201293023	Abigail	Sofia	Medina	Perez	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
09	RC	1235053683	Mayleen	Sofia	Mejia	Carmona	2	0	A A A A A	I A A A A	A A A A A	A A A			17	1
10	RC	1044021240	Matia	David	Escandón	Ochoa	3	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
11	RC	1201290694	Emiliano		Ruiz	Rodríguez	3	5	A A A A A	A A A A A	A A A I I	I A A			15	3
12	RC	1043343402	Ismael	David	Cardenas	Payares	3	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
13	RC	1242390441	Lohan	Andres	Julio	Matos.	1	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			18	
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	215	19

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Sonia Olaya.
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 9	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Publica

EC018992D-5 Marzo — Kaylin Gustavo Martinez — 1900117422024 — 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
TIPOLOGÍA DE ATENCIÓN: Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar — Cecilia Lambis — Centro Zonal: Industrial de la Bahia — Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): — Código CUENTAME UDS: — Dirección UDS: Sn fernando sector jorge Egailon — Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: TIN-TIN — Teléfono UDS: 3314336 5

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1249070225	Kayla sofhia	Carmona	Arias			
02	RC	1249069996	Elietta	Isabel	Chiquillo	Ramos		
03	RC	1241259169	Antonela	Sofia	Martinez	Karzia		
04	RC	1253659490	Noah	David	Novas	Fernandez		
05	RC	1249066357	Ryan	David	Navas	Ruiz		
06	RC	1047327713	Lyan	Alexander	Ortega	Figueroa		
07	RC	1043343154	samuel	David	Pereira	Cañate		
08	RC	1201290310	Abby	Daniela	Rodelo	Guzman		
09	RC	1249077537	Alaia	Isabela	Ramos	Gonzalez		
10	RC	1044024283	Genesis		Surita	Muñoz		
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
02		A	A	A	A	A	A	A	A	E	I	A	A	A	A	A	A	A	A								16	2	
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
11																											162		
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Cecilia Lambis
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CIFUENTE
NIT: 800184205
NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Marzo
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA
Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Concepcion palacio 4525699
Código CUENTAME UDS: 1300 100 319-37
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis primeras luces.
Dirección UDS: Jorge E. gaitan Kra 80.B.4H-103 Teléfono UDS: 3126254539
Hoja ___ de ___.

INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1048472812	Elham	Gael	Cañate	Reyes	3	10
02	RC	1143421184	Lairent	Elibe	Illera	Enbeso	2	10
03	RC	1201787467	Valentin		Ramos	Hernandez	4	4
04	RC	1249068511	Nathan	Saul	Diaz	Carballo	3	3
05	RC	1249069629	Emma	Sofia	Gomez	Zuñiga	2	4
06	RC	1201293093	Iam	Rafael	Mora	Pajaro	2	3
07	RC	1041999931	Naileena	Violetti	Lopez	Centeno	4	7
08	RC	1249070777	Samuel	David	Guerero	Hoyos	1	8
09	RC	1201289039	Sara	Isabel	Valdelamar	Rodriguez	4	
10	RC	1052742118	Abrahan	de jesus	Morales	Tatis	4	5
11	RC	1143422633	Dominik	Karin	Cassiani	Miranda	2	11
12	RC	1048471883	Juan	David	Polo	Pueblo	4	1
13	RC	1201291324	Naydelin	Jordan	Arieta	Berrio	3	2
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								17	1	
02		A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								17	1	
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
07		A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								17	1	
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
11		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
12		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
13		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18		
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
																											TOTAL	313	

Verificación De Cobertura

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

313
-31

COORDINADOR(A) EA

Concepción Palacio Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
9-03-26	Elichan Gael Cantillo Reyes	R-C	gripa	El niño no asistió por tener gripa	reposo	Concepción Palacio Castro	reposo	no es necesario	
9-03-26	Jairent Elith Herrera Gomez	R-C	gripa	La niña no asistió por tener gripa	reposo	Concepción Palacio Castro	reposo	no es necesario	
9-03-26	Naidenia Violeth Lopez Castellano	R-C.	gripa y fiebre	La niña no asistió por tener gripa y fiebre	reposo	Concepción Palacio Castro	reposo	no es necesario	

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTIZ CAFFYN
NIT: 8001899 20 - 5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300 1171/ 24
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal Industrial y La BHA Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): Regina Anaya Perez CC 33 154 964
Código CUENTAME UDS: 13000-100069519 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mi Pequeño Mundo
Dirección UDS: Jorge Elieser gaitan K.80B-1 1056 Teléfono UDS: 3116995291

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1201289594	Linsay	Carolina	Lopes	Rangel	3	7
02	RC	1144020653	Darianis	Sofia	Arroyo	Canabal	4	2
03	RC	1044023917	Betty	Sofia	Arroyo	Canabal	1	11
04	RC	1143423129	Mariana		Vargas	Narvaes	2	9
05	RC	1047522140	Milagro		Castellon	Pajaro	3	
06	RC	1201287771	Emma	Maria	Arrieta	Aguilar	4	1
07	RC	1249068097	Luisa	Fernanda	Franco	Canoles	3	6
08	RC	1143421393	BayoleTH		Perez	Sarabia	3	8
09	RC	1048472702	Briana	Sofia	Castro	OCHOa	3	
10	RC	1143423056	Omer	José	Hernandez	Pinto	2	8
11	RC	1143421363	Rafael	Junior	Mejia	Zabaleta	4	
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	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 MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
09	A					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							13		
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

TOTAL 193

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

Regina Isabel Anaya Perez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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: Fundacion caffyn
NIT: 800189990-5 NUMERO DE CONTRATO: 13001171-2024
MES: Marzo AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: comunitaria
SERVICIO DE ATENCION:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la B Municipio: cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Aida cuadrado CC: 45763444
Código CUENTAME UDS: 1300100069528 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi jardincito
Dirección UDS: Jorge Eliecer gaitan Kr 80 B1 #10-114 Teléfono UDS: 3126958244

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1044022672	Carlos	Arturo	Mata	Caraballo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
02	RC	1201291562	walter	Emmanuel	Perez	Valdez	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19		
03	RC	1042597496	Hans		Geliz	Vanega	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19		
04	RC	1042598354	Alan	David	Geliz	Vanegas	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19		
05	RC	1249070729	Angel	De Jesus	Julio	Chanchez	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P		A	A	A	A						18		
06	RC	1143423809	cristian	Junior	Palomino	Florez	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
07	RC	1253658572	Danna	Sofia	Gaviria	Rodriguez	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
08	RC	1238357556	LYA	Marcela	Batista	Anaya	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
09	RC	1201293722	francis	Yeremmy De Jesus	Miranda	theran	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
10	RC	1249070860	chloe	Sofia	Caro	Coa	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
11	RC	1249068944	Angelo		Salas	Romero	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
12	RC	1238357263	Arleth	Sofia	Sanchez	Viga	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						18		
13	RC	1063359334	Luz	Selenis	Avila	Pitalua	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A						11		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 227

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

COORDINADOR(A) EA

Aidetterie cuadrado Alvarez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
10-3 2026	Hogar Mi Jardinito	1300100069528.	Medico	Incapacidad de la Docente.		Retomar el Dia Martes.	Actividad para Reforzar en el Hogar.	llamado y Reporte de los padres.	cuidador cuidado
20-3 2026	Hogar Jardinito	1300100069528	Medico	Incapacidad Docente		Retomar el Dia lunes	Actividades Para Reforzar	llamado y Reporte de los	cuidador cuidado

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F37.MT1.PP	2955/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

NIT 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO 1200117174
MES marzo AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional Bolivar Centro Zonal Industrial de la Bahia Municipio cartagena
Nombre Agente Educativo(a) Magdalena chavez 1545328335
Código CUENTAME UDS 1200180969541 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los capullitos
Dirección UDS Jorge E Palacio Km 80 13-210 Teléfono UDS 3235120198

INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	Rc	1044018805	Arian	David	Guerra	Duran	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
02	Rc	1201287495	Alanna	Sofia	Oviedo	villalobo	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
03	Rc	1048472839	Juan	Andres	Velez	Miranda	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
04	Rc	1201288579	noah	Said	castillo	nieves	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
05	Rc	1044947176	Alaia	Maria	causado	canoles	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
06	Rc	1249068675	kattleya		Arauso	Arrieta	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
07	Rc	1201292468	ROGer	Ivan	Martinez	Mejia	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	1201289718	emma	sophia	torre	Rodriguez	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
09	Rc	1201293815	Hayley		tordecilla	Guerrero	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
10	Rc	1043345487	Luis	Fernando	Meza	Gutierrez	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
11	Rc	1249069762	tomas	Alonso	carrasca	valle	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
12	Rc	1238331534	Alanna	Lucia	Marquez	castillo	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
13	Rc	1050981346	Mailin	SOFIA	Vanegas	de la cruz	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	173	

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) TÉCNICO(A)

Magdalena chavez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa o electrónica de este formato será COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

NIT: 8301649236 NUMERO DE CONTRATO: 1300117124

MES: Marzo AÑO: 26

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCR Mi Pequeño Genio

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: x BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA

Nombre Agente Educativo (a): Luz Mary Ramos CC: 45505586

Código CUENTAME UDS: 13001000698532 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Pequeño Genio

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3145121207

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	2 PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	9 SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	16 TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	23 CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1146151752	Isabella	—	Cortez	Tuzo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
02	RC	1044023161	Dilmaris	Paola	Baena	Padilla	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
03	RC	1201292427	Jose	Daniel	Contreras	Feiner	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A									
04	RC	1249069610	Isaac	David	Herrera	Rensa	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I									
05	RC	1049589129	Laura	Sofia	Lambraño	Benavides	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
06	RC	1101467150	Helen	—	Manga	Pereira	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
07	RC	1201292861	Karla	Sofia	Morales	Rodriguez	2	5	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I									
08	RC	1249671240	Loreana	—	Perez	Martinez	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A									
09	RC	1.143422276	Ignios	Emiliano	Romero	Arroyo	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
10	RC	1.042597314	Evan	Matheo	Valdes	Bernal	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
11	RC	1201293278	Adhara	Sofia	Ramirez	Patemina	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
12	RC	1201292611	Kiara	Sofia	Valdes	Bernal	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
13	RC	1.249068503	Salome	Lucia	Pineda	Elles	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 13

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
5-03 2026	Keyla Sofía Morales R	1201292861	Inasistencia	no asistió por motivos de Salud	Enviar por Escrito la Excusa	Informar el estado de Salud.		no hubo	Edna Rodriguez
20-03 2026	José Daniel Contreras F	1201292427	Inasistencia	el niño amaneció con molestias	Envia Excusa al HCO	estar atento al estado de salud		En caso	Patricia Herrera
20-03 2026	Luciana Perez M	1249671240	Inasistencia	la niña amaneció con molestias	Traer excusa Por escrito	Estar atento a la Salud		En caso	Martha Martinez
25-03 2026	Isaac D Herrera R	1249069610	Inasistencia	El niño No Pasado con Gripa	Informar como sigue el niño	Estar atento al estado de		En caso	Maria A Ramos
26-03 2026	Isaac David Herrera R	1249069610	Inasistencia	Sigue con molestia	Y Enviar Excusa	Salud del niño		En caso	Maria A Ramos
24-25-26-03-26	Keyla Sofía Morales	1201292 86	Inasistencia	la niña ha pasado con la virosis	Enviar excusa por escrito	llevar al Dr si es necesario		En caso	Edna Rodriguez
27-03 2026	Luz Hely Ramos	1300 1000 695 32	Jornada Reflexiva	—	—	asistir a las Jornadas		-	

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
2-Marzo 2026	Shaira Moreno Fuentes	RC	Enfermedad	La niña presenta vestibulitis	Acudir al centro de salud	Suministrar los medicamentos	Lorey Carballido	Llamada días	Linda Fuentes
10-Marzo 2026	Noah Hernández Díaz	RC	Enfermedad	Cuadro gripal	Tratamiento en casa	Administrar tratamiento.	Lorey Carballido Díaz	Llamada días.	Darlin Díaz
23-Marzo 2026	HC B Mi Nueva Ilusión	1300100010 3774	Día Festivo	Festivo	"	"	Lorey Carballido Díaz	"	Lorey C.D.
27-Marzo 2026	HC B Mi Nueva Ilusión	1300100010 3774	Cuéntame	Jornada Reflexiva Pedagógica	"	"	Lorey Carballido Díaz	"	Lorey C.D

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO REGIST… …IA MENSUAL

Versión 1 | 28/08/2025 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 NUMERO DE CONTRATO: 1300111712024
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

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

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1043342711	ISABELLA		ANGULO	BUENDIA	3	5			18		
02	RC	1047520401	SKAI NATSU		CABEZA	TORREGLOSA	4	1			18		
03	RC	1201290433	ADI	LUCIA	FLORES	CARRASQUILLA	3	6			18		
04	RC	1201287682	BIANCA	ISABEL	GARCES	PINEDA	3	3			18		
05	RC	1249070613	NOAH		HERNANDEZ	DIAZ	1	9			17	1	
06	RC	1042597292	MARIA	PAZ	MARTINEZ	PESTANA	4				18		
07	RC	1201292731	ELIAS	ANDRES	MARTINEZ	PATERNINA	2	7			18		
08	RC	1249068308	MATIAS	DE JESUS	MEJIA	MARTINEZ	3	3			18		
09	RC	1249068031	SHAIRA	MARIA	MORENO	FUENTES	3	4			17	1	
10	RC	1042598369	VICTORIA		TAPIA	ARRIETA	2	6			18		
11	RC	1201292797	EMILIANO		TARAZONA	ARRIETA	2	6			18		
12	RC	1044022805	BENJAMIN	ORLANDO	VENECIA	ROPAIN	2	10			18		
13	RC	1043345137	ORIANA	VALENTINA	PALACIOS	SEGOVIA	2	4			18		
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 231 2

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189928-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): ARGENIDA C.AHUMADA BAUTE CC: Nom: 1128044161
Código CUENTAME UDS: 1300100047905 CHISPITAS MAGICAS
Dirección UDS: CIUDADELA 2000 MZ 7 LOTE 83 Teléfono UDS: 3015776382

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		REGISTRO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1249066961	JIREH	SOFIA	MARTINEZ	CORDOBA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
02	RC	1249068107	BRAIL	KARELL	TEHERAN	HERNANDEZ	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
03	RC	1143423177	RICHARD	JUNIOR	PEREZ	GOMEZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
04	RC	1.043.340.194	GAEL	EMILIO	PEREZ	SIERRA	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
05	RC	1143423042	ISABELLA	SOFIA	SIERRA	NEGRETE	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
06	RC	1.044.020.963	SHAIRANY		ALTAHONA	LICONA	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
07	RC	1.048.471.027	JAIDER	JOSUE	CAMAÑO	BARRIOS	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
08	RC	1.142.954.697	EMILY	YOHANA	CAMPO	ROJAS	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
09	RC	1949070872	ADRIAN	DE JESUS	CAMPO	ROJAS	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
10	RC	1249069991	YORWIN	DAVID	AGAMEZ	DIMAS	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
11	RC	1249070060	SHADDAI	SOPHIA	PEREZ	MARTINEZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
12	RC	1249068760	ANTONELLA		BLANCO	PERALTA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
13	RC	1249071484	THIAGO	ANDRES	MARTINEZ	BASILIO	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

18X13=234
TOTAL 18

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

nto... piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez Caffin
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Marzo AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial de la Bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Sabina Luna P CC: 32937772
Código CUENTAME UDS: 1300100075915 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Esperanza
Dirección UDS: 9. Rdo Sector Siloé Bolívar 81A 22 Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SEGUNDA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES TERCERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES CUARTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES QUINTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1050980524	Jesús	Daniel	Gómez	Gómez	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1201284126	Kerlianis		Toro	Pérez	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1043343130	Samuel	David	Contrera	Ospino	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1201292457	Antonela		Caicedo	Banda	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1044021652	Salomé	Esther	Galvis	Tesorero	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1235051505	Yarilis		Martínez	Guzman	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1201201894	Emily	Paola	Leal	Avila	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1249259240	prisleth	Carolina	Iriarte	Pulgar	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1249069935	Ariadna	Lucia	Gonzalez	Ferrer	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1247389917	Kenner	David	Ricardo	San Martin	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1201293438	Abigail		Ospino	Arevalo	7	12	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12	RC	1253658502	Sarah	Luz	Tamara	Caballero	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13	RC	1249069083	Geronimo		Otero	Ricardo	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A	18		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	234		

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

COORDINADOR(A) EA

Sabina Luna Polo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
23-03 2026	sabina luna polo	32.937.772	lunes. POSTIVO				Sabina Luna P		Sabina Luna polo
27.03 2026	sabina luna polo	32.937.772	Jornada pedagogica	adquirir nuvos conocimientos	poner en practica lo Aprendido		Sabina Luna polo		Sabina Luna polo

Powered by CamScanner

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

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

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1043344679	AXEL	DAVID	CASTRO	ROMERO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
02	RC	1249068350	THIAGO	JOSE	MARTINEZ	DE ARCO	4	4	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							17	1	
03	RC	1247258183	MARIANA		MIRANDA	BERRIO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A							17	1	
04	RC	1247258184	MARIANGEL		MIRANDA	BERRIO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A							17	1	
05	RC	1253658567	AINHARA	SOFIA	QUINTANA	CASTRO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I							16	2	
06	RC	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
07	RC	1201290135	LUCIANA		DE VOZ	MIRANDA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A							17	1	
08	RC	1143421184	DANNY	JOSE	OSUNA	ZAPATA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
09	RC	1253659306	AISHA	JULIE	TEJEDOR	CASSIANI	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
10	RC	1241443790	ADHARA		GOMEZ	GONGORA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
11	RC	1143274065	THIAGO	JORDIN	MARQUEZ	PEREZ	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
12	RC	1249070054	SHAROL	MILAGRO	CABARCAS	GONZALEZ	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A							17	1	
13	RC																																	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	209	7	

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

COORDINADOR(A) EA

Ena Luz Camargo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189820-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Mar 20 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Berta Jimenez B. CC: 22.742.912
Código CUENTAME UDS: 13001000695 36 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños Traviesos
Dirección UDS: Jorge E. Gaitan K80 B2 Teléfono UDS: 3116886243

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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1249070375	Fabian	David	Alvarado	Rondon			A	A	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15	8	
02	RC	1235052861	Mathias		Castillo	Gomez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
03	RC	1137543732	Elian	Jose	Salgado	Hernandez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
04	RC	1247258810	Isaac	de Jesus	Amaranto	Correa			A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
05	RC	1043345629	Josue	Emmanuel	Leal	Torres			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
06	RC	1249069933	Gael	David	Arnedo	Polo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
07	RC	1143423470	Eithan	Karim	Castellar	Martinez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
08	RC	1044020978	Carlos	Andres	Ledesma	Manzanilla			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
09	RC	1201243428	Genesis	Isabel	España	Jimenez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
10	RC	1137543746	Emili	Sofia	Ospino	Arias			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
11	RC	1253659596	Logan		Restrepo	Pinto			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
12	RC	1044016913	Alan	Valentin	Morales	Guzman			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
13	RC	1249069524	Luis	Matheos	Tellez	Ravellado			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						15		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL		

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Caffon
NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: 1300117120 24
MES: Marzo. AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y dela B. Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Yineth P. teran C. CC: 1143334433
Código CUENTAME UDS: 1300100047863. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Principio del Saber
Dirección UDS: Ciudadela 2000 Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES A VIERNES)	SEGUNDA (LUNES A VIERNES)	TERCERA (LUNES A VIERNES)	CUARTA (LUNES A VIERNES)	QUINTA (LUNES A VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235513944	Angelo		Armesto	Guerra	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
02	RC	1201288308	Marian	Sofia	Ortiz	Barrios	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
03	RC	1049588503	Juan	Sebastian	Teran	Ramos	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
04	RC	1238340373	Kylian	Samuel	Suarez	Roa	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
05	RC	1201291524	Angelo	De Jesus	Vilora	Herrera	3	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
06	RC	1201291486	Jonathan	Junior	Villalobos	Rincon	3	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
07	RC	1249068238	Ilam	Andres	Muñoz	Lopez	3	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
08	RC	1043343218	Carlos	Alessandro	Serpa	Salas	3	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
09	RC	1249068605	Eliell	Steve	Herrera	Gonzalez	3	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
10	RC	1249069785	Darkiel		Estremor	Marquez	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
11	RC	1201288513	Ian	David	Arias	Velez	4	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
12	RC	1249071557	Jose	Manuel	Hernandez	Marquez	1	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		18	0	
13	RC															
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	18	0	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

Ure y Prevencion

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

28/08/2025

Versión 1 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Publica

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CAFFIN

NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: _____

VIGENCIA: 3 AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCION: HCB

SERVICIO DE ATENCION: _____

IDENTIFICACION

Regional: Bolivar Centro Zonal: Ind y de la B Municipio: Cartagena Hoja 1 de 1

Nombre Agente Educativo (a): Modesta Romero CC: 45486671

Codigo CLEINTAME UDS: 1300100103928 Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atencion: Carinositos

Direccion UDS: San Fdo Simon Bolivar Telefono UDS: 320 4502615

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1048472084	Samuel	De Jesus	Cabarcas	Santiago			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
2	RC	1201288873	valentina	—	Blanquicet	Barraza	4	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
3	RC	1044022270	Antonella	Sofia	Berrio	Tejada	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
4	RC	1201286999	Juan	Sebastian	Corcho	Posso	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
5	RC	12536588	Lauren	SOFIA	Zarza	CHico	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
6	RC	1249068790	Adrian	David	Castro	Nuñez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
7	RC		tian	Jose	Lopez	Torres	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
8	RC	1261287195	samanta	Paola	Blanco	Vega	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
9	RC	1044021109	Kamila	Andrea	May	Correa	4		A A A A A I I I A A A A A A A A A A A A	14	4	
10	RC	1044020385	Nahomy	Sofia	Puerta	Bello			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1249070550	GAEL	ANDRES	HERRERA	CHICO	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 194 %18=17724

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

Modesta Romero

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.M1.PP	30/09/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificacion de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189520 NUMERO DE CONTRATO: 1 30012E+11
MES: MARZO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): YECENIA CORREA CORDERO CC: 30973538
Codigo CUENTAME UDS: 1300100047652 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOJITAS DE LIMON
Direccion UDS: SAN FERNANDO CLL LA VICTORIA CRA81A 42-25 Teléfono UDS: 3122318393

Nº de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				2-6					9-13					16-20					23-27													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044021677	IVAN	CALEB	DE LA ROSA	VASQUEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
02	RC	1044022346	KRISTIN	SOFIA	CARRILLO	DE LOS NUEVOS	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A							17	1	
03	RC	1044022857	HANTZELL	GAEL	MARIMON	TORRES	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
04	RC	1201288192	FRANK	JUNIOR	DE ALBA	FORTICH	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
05	RC	1043341767	GLENN	DAVID	DE AVILA	MUENTES	4		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							17	1	
06	RC	1201293496	ROSA	ISABEL	MERCADO	LOPEZ	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
07	RC	1201290404	EVELYN	PATRICIA	REQUENA	LOPEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
08	RC	1249070948	MARCO		RODRIQUEZ	JIMENEZ	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
09	RC	1048475495	ALEXIS	JOSÉ	CABARCAS	ALVIS	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
10	RC	1037488139	SAMANTHA		JUNCO	MARRIAGA	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
11	RC	1253158188	DEREK	EDUARDO	HERRERA	JIMENEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
12	RC	1201292289	MAXIMILIANO		TATIS	CUETO	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
13	RC	1249069495	KILYAN	DAVID	VEGA	VANEGAS	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							18		
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Jesenia Correa Cordero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento no controlada COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
02/03/26	Gleen de Avila M.	1043341767	Sintomas gripales	Sintomas asociados con gripe	llamada telefonica	verificar su estado salud	Yesenia Correa	llamada ala mama	
20/03/26	Kristins Carrillo	1044022346	Fiebre	Fiebre Sintomas gripe.	telefonica llamada	verificar su estado salud.	Yesenia Correa	llamada telef ala madre	Andrea. De las nuevas
23/03/26	Jesenia Correa	30873538	Dunes Festivo				Jesenia correa		Jesenia
27/03/26	Correa Jesenia	30873538	Jornada pedagogica	Adquiris nuevos conocimientos	poner en practica lo aprendido		Jesenia Correa		Jesenia

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Cafin
NIT: NUMERO DE CONTRATO:
MES: Marzo DE AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCION: HCD

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Centro Zonal: 10-30
Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Maria Cabarcas CC 33026393
Codigo CUENTAME UDS: 1300100103786
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas traviesas
Dirección UDS: San fernando sector la Florida
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1201291674	Luciana	Isabel	Gomez	Garces	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
02	RC	1201293464	Liah		Chavarro	Martinezapancio	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
03	RC	1044021717	Cristal	Darianis	Tapias	Barro	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
04	RC	1230350099	Luis	Angel	Gutierrez	Ilerena	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A			A	A	A							17	1	
05	RC	1044023913	Alana	Sofia	Palomino	Gonzalez	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A			A	A	A							17	1	
06	RC	1201293910	Samir	Isaac	Viloria	López	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
07	RC	1081936755	Isaac		palencia	Martinez	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
08	RC	1235053983	Jackson	Elias	Geney	Jimenez	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
09	RC	1048101250	Sara	Sofia	Martinez	Berrio	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
10	RC	1240699458	thiago	David	Pernalete	Amaya	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
11	RC	1249068354	Mia		Baldovino	Bolero	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
12	RC	1044018298	AARON	David	Guzman	Torrez	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A							18		
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	214	2	

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

COORDINADOR(A) EA

María Cabarcas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
29-03-26	Samir Valeria López	1201293910	llora	todavia facta y por adaptación	hacerle Ver a la NN	Quitar el pecho	Hagar Mani Tas trovisa	observar si la NN cumple	Yoriana López

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800169920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117-2024
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): MONICA DIAZ CARDENAS CC: 4.535.772
Código CUENTAME UDS: 1300100103933 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ESTRELLITAS
Dirección UDS: SAN FERNANDO Teléfono UDS: 3008434320

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.117.035.902	ADARA	SOFIA	CAICEDO	GONZALEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
02	RC	1.201.291.803	EMMANUEL		GOMEZ	HERNANDEZ	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
03	RC	1.201.289.786	SALOME		TORRES	TORRES	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I						17	1	
04	RC	1.043.341.289	LUCIANA		ARROYO	ATENCIA	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I						15	3	
05	RC	1.201.293.253	SALOME	SOFIA	CHICO	RIVERA	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
06	RC	1.249.070.046	DOMINICK	DE JESUS	AVILA	RUIZ	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
07	RC	1.201.289.310	EMMANUEL	DE JESUS	PALACIOS	AYOS	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I						17	1	
08	RC	1.249.068.174	KENNETH		MATUTE	CONTRERA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
09	RC	1.042.597.325	ALAN		VERGARA	BARRIOS	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
10	RC	1.249.070.171	ISABELLA		CHICO	BURGOS	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
11	RC	1.201.286.459	MATTHEW		GOMEZ	HERNANDEZ	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
12	RC	1.048.946.039	LUIS	FELIPE	GONGORA	VALIENTE	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
13	RC	1.142.955.466	KEIRIN	DAMIAN	BOHORQUEZ	VILLA	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A						18		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	211	5	

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

COORDINADOR(A) EA

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