BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Caffyn
NIT: 800189920-5
NÚMERO DE CONTRATO: 1300171-2024
AÑO: 2025
VIGENCIA: Turno
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Medalis Vargas
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: Vista Hermosa
Centro Zonal: Industrial y des
CC: 45.493.573
Municipio: Cartagena
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Campanita
Teléfono UDS:

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)			CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1.048.472.603	Hilan	David	Perez	Chamorro	2	9		13		
02	RC	1.143.421589	Hannah	Luz	Rosario	Arrieta	2	4		13		
03	RC	1235052373	Darehel	Jonior	Arias	Frias	2	9		13		
04	RC	1143422825	Elisa		Arango	Harriaga	2			13		
05	RC	1201287814	Kerin	David	Julio	Ortiz	3	7		13		
06	RC	1018473554	Leidel	Andres	Ramos	Gomez	2	7		13		
07	RC	1044018052	Luciana		Baros	Ospino	3	9		13		
08	RC	1143422824	Nahia		Arango	Harriaga	2			13		
09	RC	1143422000	Hilan	Stefan	Navea	Huentes	2	5		13		
10	RC	1143422713	Neythan	Issac	Caro	Quiedo	1	11		9	4	
11	RC	1201290812	Samara	Paola	Robenes	Vasquez	2	9		13		
12	RC	1044019287	Sarah	Sofia	Navarro	Herrera	2	6		11	1	
13	RC	1143422452	Shadday	Sofia	Mejia	Perez	2	3		12	1	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	126		

COORDINADOR(A) EA

Medalis Vargas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Cristo Rey
NIT: 800199520-5 | NÚMERO DE CONTRATO: 1300 1177 2018
MES: Junio | AÑO: 2018
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
ESQUEMA DE ATENCIÓN: H-CG

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bol Cesar | Centro Zonal: Turbaco | Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo(a): Patricia Pedroza CC: 1054918891
Código CUENTAME/JUDS: 1300100102506 | Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: El Triunfo
Dirección UDS: Carretera Turbaco Dg 20 | Teléfono UDS:

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	1142954208	Mateo		Durán	Reales	4	2
02	RC	80023199	Mia	Isabella	Petit	Amaranto	3	3
03	RC	1001788745	Antonia		Gomez	Marrugo	3	3
04	RC	1001885069	Leandro	Andres	Escalante	Molina	4	3
05	RC	1044015759	Liam	Josue	Cordero	Mercado	4	2
06	RC	1043343969	Juan	Carlos	Trinidad	Diaz	2	2
07	RC	1124061016	Hadara	Zarek	Suarez	Del Rio	1	11
08	RC	1050313768	Wilton	Manuel	Rojas	Ramos	3	10
09	RC	1001085429	Paula	Andrea	Arbolea	Hernandez	4	4
10	RC	1001200008	Maria	Isabel	Zabaleta	Pertuz	3	10
11	RC	1129005503	Lenis	David	Abad	Cenicero	1	8
12	RC	1043529976	Luciana		Valles	Baleta	3	3
13	RC	1043333333	Alexander		Vallejo	Meranto	4	7
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	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	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										

TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS | INASISTENCIAS | PAUSA DE RETIRO

01	9	9	
02	9	9	
03	9	9	
04	9	9	
05	9	9	
06	9	9	
07	9	9	
08	8	1	
09	9	9	
10	8	1	
11	7	2	
12			
13			

TOTAL 21 9

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 Pedroza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2015
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO
NIT _____ NUMERO DE CONTRATO 3000069461
MES Junio AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCION Comunitaria
SERVICIO DE ATENCION Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional Bolivar Centro Zonal Industrial de la Bahia Municipio Cartagena, Bolivar
Nombre Agente Educativo DENISE HERRERA CC 33255144
Código CUENTAME UDS _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Laureles
Dirección UDS Consolata, sector Paraiso Teléfono UDS _____

HOGAR INFANTIL LOS LAURELES

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 ASISTENCIA	TOTAL INASISTENCIA	NUMERO DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1201291820	ARLETH	DEL CARMEN	PERNETT	AHUMADA	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A						13		
02	RC	1044021838	GABRIEL	JESUS	CASTELAR	CASSIANI	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A						13		
03	RC	1201288885	JEREMIAS		QUINTERO	ARNEDO				A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	I	A	A						12	1	
04	RC	1063083773	ORIANA	SOFIA	AYALA	JERONIMO	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	I						12	1	
05	RC	1048475030	ANTONELLA		MERCADO	MIRANDA	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	I	A	A						12	1	
06	RC	1201288560	TYLER	JOSEPH	GOMEZ	OSPINO	3	5	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A						13		
07	RC	1143420556	IAN	JAVIER	GUTIERREZ	NORIEGA	3	9	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A							J	A	A	A	I					12	1	
08	RC	1201290165	STEICY	PADA	CONTRERA	URECHE	3	10	L	A	A	A	A	A	A	A	A	A							V	A	A	I	A					12	1	
09	RC	1143421959	XANDER	DAVID	PEDROZA	MARTINEZ	2	6	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A							S	A	A	A	A					13		
10	RC	1201288382	ANTHONELLA	MARIA	SANCHEZ	MAGALLANES	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A					13		
11	RC	1202290655	THIAGO	JAVIER	DIAZ	DELGADO	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	I	I	A					11	2	
12	RC	1201288393	JESUS	MANUEL	CARDOZO	BRAVO	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	I					12	1	
13	RC	1142953321	CRISTOPHER	DAVID	HERRERA	TAJAN	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A					13		
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																		1		
20																																		0	0	
																																	TOTAL	1		

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

COORDINADOR(A) EA

Denise Herrera
RESPONSABLE DE GRUPO 33255144

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

FR 39013 PP
Versión 9

Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

| | | |

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PR-MOT-1.2-FO

Versión: 1

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

D6 — Nacional — Bolivar — Industrial de la Bahia — Cartagena — Sos Abogados — 3144912494

Constata HRP 24

			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	LUGAR DE SESIÓN
	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
1	RC	[illegible]	HECTOR	GABRIEL	BODHERI	MERCADO	2	3	A A A A A A A A A A	A A A A	13
2	RC	1201280771	ERICK	DAVID	CHOURIO	PIRELA	4	2	A A A A A A A A A A	A A A A	13
3	RC	1143631428	ADRIAN	DAVID	MARTINEZ	GONZALEZ	4	4	A A A A A I A A A	A A A A	12 1
4	RC	1201288881	ANTONELLA		BENEDETTI	REYES	4		A A A A A A A A I	A A A A	12 1
5	RC	1048270880	EMMA	SOFIA	CANTILLO	DE LAS RANS	2	2	A A A A A A A A A	A A A A	13
6	RC	1201281623	EIMY	VICTORIA	BONILLA	CHOURIO	2	10	A A A A I A A A A	A A I A	12 1
7	RC	1047510281	MELANY	PAOLA	GONZALEZ	ESPINOSA	4	8	A A A A A A A A A	A A A A	13
8	RC	1047510282	MELEK	PAOLA	GONZALEZ	ESPINOSA	4	8	A A A A A A A A A	A A A A	13
9	RC	1248619282	DENIS	SAEED	PAUTT	CARO	1	4	A A A A A A A A A	A A A A	13
10	RC	1048474812	BRIANA	SOFIA	HERRERA	QUINTANA	2		A A A I A A A A A	A A A A	12
11	RC	1048475024	EMILINK	LUCIA	RIVERA	GARIZABAL	9	9	A A A A A A A A A	A A A A	13
12	RC	1201284588	ROMER	JOSE	RIVERA	MARTINEZ	4	7	A A A A A I A A A	A A A A	12 1
13	RC	1201285573	FRANK	DANIEL	MARTINEZ	POLO	3	4	A A A A A A A A A	A A A A	13
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20										TOTAL	164 4

Edwina Rosero

COORDINADOR(A)

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 SGP Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP	29/05/2018
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

NIT: 800189920-5 — Fundación de la Comunidad Unida. Gustavo Martínez Caffyn
NÚMERO DE CONTRATO: 1300117-2024.
MES: Junio. AÑO: 2025.
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria.
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar — Centro Zonal: Industrial de la Bahia — Municipio: Cartagena.
Nombre Agente Educativo (a): Yarin Álvarez A. — CC: 64'569.017.
Código CUENTAME UDS: 1300100049056. — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: "Jardín Mágico".
Dirección UDS: Vista Hermosa. Quindio Mz 16 Lte 24. cra 61. — Teléfono UDS: 3114130300.

Hoja ___ de ___

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
91	RC	1201287315	EITHAN		VIDES	RUIZ.	3	
92	RC	1044019501	MATIAS	JESÚS	CARRILLO	ABRIL.	3	
93	RC	1043338862	SHARLOTTE		GARCIA	RHENALS.	4	
94	RC	1249069137	MAIREN	SOPHIA	ESCORCIA	MEZA.	1	
95	RC	1047322702	ADAIET	SOFIA	CARMONA	MALDONADO.	1	
96	RC	1066899970	ISABELA		BELEÑO	AGUÑA.	3	
97	RC	1143421843	SAMUEL	ABRAHAM	COLMENAREZ	IGLESIAS	2	
98	RC	1044942481	ANDREA	SOFIA	PEREZ	SIERRA.	3	
99	RC	1048472218	MATHIAS	ALEXADER	ARENA	ULLOA.	3	
100	RC	1044.016.100	ISABELLA	SOFIA	OLEA.	CONDE.	4	
101	RC	1048.472.051	SHEIRY	MARIAM	GÓMEZ	VERGARA	3	
102	RC	1050.961.387	ISAAC	DAVID	DUQUE	MONTIEL	2	
103	RC	1142955250	TYLER	DAVID	GARCIA	HERNANDEZ	2	
104								
105								
106								
107								
108								
109								
110								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA 6 | SEGUNDA 13 | TERCERA 20 | CUARTA 27 | QUINTA 30

	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL AUSENCIAS	CAUSA DE RETIRO
91	I	A	A	A	A	A	I								A	A	A	A	I											11	2	
92	A	A	A	A	A	A	A								A	I	I	I	I											10	3	
93	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
94	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
95	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
96	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
97	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
98	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
99	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
100	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
101	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		
102	A	A	A	A	A	I	I								A	A	A	A	A											11	2	
103	A	A	A	A	A	A	A								A	A	A	A	A											13		

RECESO = RECESO. — FESTIVO = FESTIVO

TOTAL 161 7

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

Yarin Álvarez Atencia.
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

F[redacted]
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
3, 23 06 2025	Erika Vg Des Ruiz	1'201.287 – 315	Tenia Tos Gripa	La Madre me Lo Comunicó	dar medi camentos	Cuidarlo Para Mejorar	Yanin A Alvarez A		Fabianis Ruiz.
25, 26, y 27/ 06	Matias Jesus Carrillo A.	1 044.019 – 501	Se sentia Indispuesto con Gripa	La Madre lo Comunico-	dar las Medicamen tos-	Cuidarlo Para Mejorar	Yanin A Alvarez		Tatiana Abril R.
11,12 06/25	Isaac D Duque Montiel.	1'050.981 – 387.	Tenia- fiebre, Tos.	su mamá lo. Comunicó.	darle los medicamentos	Cuidarlo Para Mejorar	Yanin A Alvarez		Danays Montiel B.

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: Públicos	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800188920-5 NUMERO DE CONTRATO: 1380117/24
MES: 06 Junio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Judith Horlo B CC: 33.153.310
Código CUENTAME UDS: 1300100069 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Eucalipto.
Dirección UDS: Bravolata Suita Albazores Teléfono UDS: 3054471541

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL CUMPLIDOS 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)	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES						
01		1044014722	Ainara	Sofia	Vezzora	Sanjuan	4	10	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
02		1044015126	Santiago	Andres	Estrada	Castillo.	4	9	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
03		1142956439	Ada	Lesma	Martinez	Tomero	2		A A A A A	A A A A A		A A A A		-
04		1048469750	Yonatan	Nael	Crosco	de Alba	4	3	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
05		1201284626	Luis	Angel	Hernandez	de la Rosa	4	8	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
06		1044022492	Alessia	Daffeth	Flores	Blanco	2	3	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
07		1044022744	Emmi	Nicoll	Guzman	de Arco	3	1	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
08	V	1201292018	Emma	Carolina	Katerine	Guerra	2	1	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
09	V	1201291917	Isacc	David	Huerta	Miranda	8	1	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
10		1044019418	Fredy	de Jesus	Vasquez	Carrera	4	11	I A A A A	A A A A A		A A A A		01
11	V	1201291832	Maria	Angel	Lozano	Huerta	2	3	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
12	V	1234899155	Hillier		Olmo	Cami.	1	10	A A A A A	A A A A A		A A A A		-
13		1253658019	Nael	Eduardo	Bonfante	Cuadro	2	4	A A A A A	A A A A A		A A A A		-

TOTAL 168 01

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 Horlo B.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Hoja ___ de ___

Nombre Administradora del Servicio: fundacion de la comunidad Unida con fin
NIT: 800189920-5
Número de Contrato: 13001171-2025
Año: 2025
Modalidad de Atención: Comunitario
Unidad de Atención: H. C. B

Identificación Regional: Bolivar
Centro Zonal: Industrial- Bahia. CC 45.686.740
Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): IRIS Polo S
Código CUENTAME UDS: 13001000097397
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar comunal
Dirección UDS: B 56. El Eduardo-B. Buenos aire
Teléfono UDS: 3045204257

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1042597690	Paul	Santiago	Puello	Tovar	2	6	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A						F	A	A	A	F					12	1	
2	RC	1042597689	Felix	David	Puello	Tovar	2	6	e	A	A	A	A	A	A	A	A	A						e	A	A	A	I					12	1	
3	RC	1044016331	Emely	Thohana	Herazo	Julio	4	3	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A						S	A	A	A	A					13	0	
4	RC	1142454919	Sebastian	Alejandro	Garcia	Osorio	3	4	T	A	A	I	A	A	A	A	A	I						t	A	A	A	n					10	3	
5	RC	1047520577	Luis	Miguel	Berrio	Torres	3	6	i	A	I	A	A	A	A	A	A	I						i	A	A	A	A					11	2	
6	RC	1143421485	Eider	David	Paiva	Julio	2	10	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A						V	A	A	A	A					13	0	
7	RC	1143421179	Matthias	de Jesus	Ibañez	Diaz	3	2	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A						O	A	A	A	A					13	0	
8	RC	1043346658	Liam		montenegro	negrette	2	3	;	A	A	A	A	A	A	A	I	A						;	A	A	A	A					12	1	
9	RC	1044019021	Kalis	Thonello	Julio	Garces	3	7	e	A	A	A	A	A	A	A	A	A						e	A	A	A	A					13	0	
10	RC	1047519602	Alan	David	Teran	Atencia	4	2	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A						S	A	A	A	A					13	0	
11	RC	1201291118	Alanna	Paola	Robles	Gutierrez	2	10	T	A	A	A	A	A	A	A	A	A						T	I	A	A	A					12	1	
12	RC	1253658170	Ian	Gael	Orozco	Banquet	1	10	;	A	A	A	A	A	A	A	A	A						;	A	A	A	A					13	0	
13	RC	1047679220	Ariana	Antonella	Echenique	Hernandez	3	6	V	A	I	A	A	A	A	A	A	A						V	A	A	A	I					12	1	
14																								O											
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			

TOTAL 154 10

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

Iris Polo Salgado
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189935-5
NUMERO DE CONTRATO: CM0117-024
MES: JUNIO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): Everledys Herrera
Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA
CC: 45468239
Municipio: CARTAGENA
Hoja ___ de ___
Código CUENTAME UDS: 1200100069435
Dirección UDS: Consolata Sector Arcadores
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cariñositos
Teléfono UDS:

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		1044016088	ASTRID	CAMILA	MONTERROSA	NARVAEZ	4	4
02		1249068770	ADRIANA	LUCIA	CUETO	ZABALETA	2	11
03	TI	1050980347	ROAAN	DAVID	CASTELLAR	BERRIO	3	9
04		1044018263	NOAEMI	SOFIA	CASSIANI	NARVAEZ	3	8
05		1048020490	IAN	DAVID	MUÑOZ	CASTRO	3	9
06	H	1044017339	DOMINIK		MONTERO	ALTAMAR	4	
07	C	1246328912	LUIS	ANGEL	BARRIOS	NARVAEZ	3	3
08		1044017981	ISABEL	SOFIA	ISOLY	ACOSTA	3	9
09	IRO	1201286302	KEILANYS	SOFIA	CASTILLO	RIVERA	4	5
10		1143421271	KEYBER	ANDRES	CHACIN	CASTILLO	3	
11	5	1201289319	KILYAM		FLOREZ	MARTINEZ	3	
12	H	1201289710	AYNARA	SOFIA	BABILONIA	NUÑEZ	3	
13	6	1249068036	WHITNEY	SOFIA	LOPEZ	OROZCO	2	8
14	E							
15								
16	R							
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA | SEGUNDA | TERCERA | CUARTA | QUINTA

No. de Orden	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	A A A A A	A A A A A				13		
02	A A A A A	A A A A A				13		
03	A A A A A	A A A A A				13		
04	A A A A A	A A A A A				13		
05	A A A A A	A A A A A				13		
06	A A A A A	A A A A A	RECESO			13		
07	A A A A A	A A A A A				13		
08	A A A A A	A A A A A				13		
09	A A A A A	A A A A A				13		
10	A A A A A	A A A A A				13		
11	A A A A A	A A A A A				13		
12	A A A A A	A A A A A				13		
13	A A A A A	A A A A A				13		
14	A A A A	A A A A A				13		
15								
16								
17								
18								
19								
20								

TOTAL 169

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

CENTRO MEDICO CRECER LTDA
NIT: 806.004.548-6
CLL 30 N 34-22 BRR EL PRADO
EPICRISIS
Nº140833

INFORMACIÓN GENERAL

Fec Ingreso: 29/05/2025 06:02 Confirmado

Fecha Documento: 29/mayo/2025 08:34 a. m. Ingreso:3138771
Médico: 1143413493 MARIA JOSE ESPITIA REYES
Información Paciente: ISAIAS MORELO PUELLO Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Masculino
Tipo Documento: RegistroCivil Número: 1242389907 Edad: 1 Años F. Nacimiento: 04/07/2023
E.P.S: ESS207 MUTUAL SER
Entidad:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Egreso: 29/mayo/2025 08:34 a. m. Estado Paciente: VIVO

Servicio de Egreso Ninguna

Motivo Consulta:
"LO TRAIGO PARA UNA CIRUGIA"

Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 10 MESES DE EDAD QUIEN ACUDE EL DÍA DE HOY AL SERVICIO DE CIRUGÍA PARA LA REALIZACIÓN PROGRAMADA DE HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA + HERNIORRAFIA UMBILICAL + HIDROCELECTOMIA IZQUIERDA, POR PARTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIATRICA.

Revisión del Sistema:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA FIEBRE, DOLOR, MAREOS, VÓMITOS, DIARREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA.

Indica Med/Conducta:
QUIRURGICO.

Estado Ingreso:
BUEN ESTADO GENERAL ALERTA ESTABLE

Antecedentes:
Tipo:Médicos Fecha: 02/10/2023 01:08 p. m.
Detalle: NEGATIVOS
Tipo:Médicos Fecha: 17/01/2024 11:06 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Médicos Fecha: 09/10/2024 09:55 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Médicos Fecha: 26/02/2025 10:19 a. m.
Detalle: NEUMONIA
Tipo:Quirúrgicos Fecha: 29/05/2025 08:32 a. m.
Detalle: - POP DE HERNIORRAFIA UMBILICAL + HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA + HIDROCELECTOMIA IZQUIERDA DEL 29/05/2025

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:
BUEN ESTADO GENERAL ALERTA ESTABLE

Indicación Paciente:
SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Examen Físico:
BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO.
NORMOCÉFALO, ISOCORIA NORMORREACTIVA AL ESTIMULO LUMINOSO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA SIN LESIONES, CUELLO MÓVIL SIMÉTRICO, NO DOLOROSO A LA MOVILIZACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS
SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE Y CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS AUDIBLES
HERNIA UMBILICAL
HERNIA INGUINAL IZQUIERDA
HIDRATADA, NORMOPIGMENTADA, SIN LESIONES
HIDROCELE IZQUIERDO
SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.
SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTEMENTE, GLASGOW 15/15

Justificación:
ADECUADA EVOLUCION CLINCIA EN SU POP INMEDIATO

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCION NI GANGRENA	☑
Ingreso/Relacionado	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	☑
Ingreso/Relacionado	N433	HIDROCELE, NO ESPECIFICADO	☑
Egreso	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCION NI GANGRENA	☑
Egreso	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCION NI GANGRENA	☑

LICENCIADO A: [CENTRO MEDICO CRECER LTDA.] NIT [806004548-6]

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 04/06/2025

UNIDAD DE SERVICIO: HORA:

MI PRIMERA JORNADA

DATOS DEL BENEFICIARIO

TIPO DE BENENEFICIARIO

NIÑO/A ✓ GESTANTE NIÑO/A LACTANTE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Merliah del mar Rodelo sierra EDAD: 2 años

NOMBRE DEL ACUDIENTE Maria Paula Sierra

NOMBRE DE QUIEN REPORTA Maria Paula Sierra

NOVEDAD Y/O SITUACION

Registro Civil (Ausente)	
Registro Civil (en mal estado)	
No cuenta con SGSSS	
No cuenta con Adres	
Esquema de vacunación incompleto	
Crecimiento y desarrollo desactualizado	
Certificado físico, visual y auditivo	
Certificado Odontológico	
e.Inmunoprevenibles	
Brotes	
E. Prevalentes	
Hospitalización del beneficiario	✓

Accidentes	
Cambios en los estados de salud.	
Cambios en el estado emocional	
enfermedad	
Razones de llegadas tarde.	
Incapacidades.	
Accidentes en HCB	
Retiro de beneficiario	
Muerte de beneficiario	
Cambio de Domicilio	
Maltrato físico	
Razones de inasistencia tel.	

OTROS ¿CUÁL?

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO EN LA QUE SE DETALLE LA SITUACIÓN Y LOS INVOLUCRADOS

En la madrugada la senti con una temperatura elevada, le tome la temperatura y estaba en 37.6. Por lo cual la lleve enseguida al hospital ademas de la fiebre tenia movimientos involuntarios, le temblaba las manos. En la hospitalizacion le paso Adenoides debido a que sangraba en la nariz Paso controles y seguimiento en el hospital la casa del niño

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 25/06/2025

UNIDAD DE SERVICIO: HORA:

MI PRIMERA JORNADA

DATOS DEL BENEFICIARIO

TIPO DE BENENEFICIARIO

NIÑO/A ✓ GESTANTE NIÑO/A LACTANTE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Ian David Rodriguez Diaz EDAD: 2 años

NOMBRE DEL ACUDIENTE Lorena Diaz

NOMBRE DE QUIEN REPORTA Dorotea Morelo Diz

NOVEDAD Y/O SITUACION

Registro Civil (Ausente)	
Registro Civil (en mal estado)	
No cuenta con SGSSS	
No cuenta con Adres	
Esquema de vacunación incompleto	
Crecimiento y desarrollo desactualizado	
Certificado físico, visual y auditivo	
Certificado Odontológico	
e.Inmunoprevenibles	
Brotes	
E. Prevalentes	
Hospitalización del beneficiario	

Accidentes	✓
Cambios en los estados de salud.	
Cambios en el estado emocional	
enfermedad	
Razones de llegadas tarde.	
Incapacidades.	
Accidentes en HCB	
Retiro de beneficiario	
Muerte de beneficiario	
Cambio de Domicilio	
Maltrato físico	
Razones de inasistencia tel.	

OTROS ¿CUÁL?

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO EN LA QUE SE DETALLE LA SITUACIÓN Y LOS INVOLUCRADOS

la madre del niños nos dio el comunicado que el niño se habia partido en la frente. lo cual paso en la casa de el, se acudiente para pronta mejora nos dijo que no asistiria hasta pronta mejora.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 29,30 de Mayo 2023 **HORA:**

UNIDAD DE SERVICIO: MI PRIMERA JORNADA

DATOS DEL BENEFICIARIO

TIPO DE BENENEFICIARIO

NIÑO/A ✓ **GESTANTE** **NIÑO/A LACTANTE**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Isaias Mauto Prieto **EDAD:**

NOMBRE DEL ACUDIENTE Neiris Castilla

NOMBRE DE QUIEN REPORTA Neiris Castilla

NOVEDAD Y/O SITUACION

Registro Civil (Ausente)	
Registro Civil (en mal estado)	
No cuenta con SGSSS	
No cuenta con Adres	
Esquema de vacunación incompleto	
Crecimiento y desarrollo desactualizado	
Certificado físico, visual y auditivo	
Certificado Odontológico	
e.Inmunoprevenibles	
Brotes	
E. Prevalentes	
Hospitalización del beneficiario	

Accidentes	
Cambios en los estados de salud.	
Cambios en el estado emocional	
enfermedad	
Razones de llegadas tarde.	
Incapacidades.	✓
Accidentes en HCB	
Retiro de beneficiario	
Muerte de beneficiario	
Cambio de Domicilio	
Maltrato físico	
Razones de inasistencia tel.	

OTROS ¿CUÁL?

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO EN LA QUE SE DETALLE LA SITUACIÓN Y LOS INVOLUCRADOS

madre del niño confirma procedimiento ambulatorio dias antes programado.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: [illegible] NUMERO DE CONTRATO: 1300117104
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA — Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Hoyos — CC: 30768375
Código CUENTAME UDS: 1300117000 64957 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar Infantil
Dirección UDS: Consolata Sector Progreso Mz F-43 — Teléfono UDS: 300 685 5446

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1349068192	Haelin	Yoniel	Maricela	Bello	2	6		11	1	
02		1043344094	Emma	Valentina	Herrera	Montes	2	2		13		
03		1084483383	Luis	Alejandro	Castro	Hernandez	3	10		12	1	
04		1201291026	Emma	Victoria	Contreras	Matos	1	8		8	5	
05		1048483271	Hanser	David	Cabeza	De Arco	2	9		12	1	
06		1201284870	Luis	Manuel	Galvan	Narvaez	3	6		11	2	
07		1043393672	Daylette	Camila	Espitia	Diaz	2	4		12	1	
08		1137543584	Alex	Alejandro	Molina	Pineda	2	10		12	1	
09		1201290032	Emiliano	David	Orozco	Leal	2	10		11	2	
10		1349068037	Samara		Palomino	Sanabria	2	8		11	2	
11		1349068415	Nohe		Rodriguez	Arellano	2	10		12	1	
12		1094385153	Yisley	Tatiana	Torrado	Barona	3	4		11	1	
13		1201289119	Valery		Villafuerte	Bula	3	1		11	2	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 114 1

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública
Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
NIT:
MES: Junio
NUMERO DE CONTRATO:
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional:
Centro Zonal:
Nombre Agente Educativo (a): Gilma Andrade
CC: 33131287
Código CUENTAME UDS: 1300010006794906
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Acacias
Dirección UDS: La Concepción Mz 106
Teléfono UDS: 666 6911622
Municipio:

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		1201292262	Moises	David	Salcedo	Mesa	1	11
02		1047019214	Dulce	Maria	Manrique	Gutierrez	3	5
03		1201290369	Valentino		Cumplido	Carrascal	2	9
04		1092397330	Ximena	Stefania	Sanchez	Rosales	4	4
05		1044017506	Gael	Santiago	Cañas	Villareal	3	11
06		1146150489	Hinata		Alvarado	Julio	3	8
07		1144984960	Helena	Isabel	Molina	Benitez	3	7
08		1044030587	Adhara	Isabella	Diaz	Infante	2	
09		1049328261	Sael		Rodriguez	Aldana	2	
10		1137543587	Ian	Valentino	Perez	Gomez	1	11
11		1249069845	Dia	Tatiana	Hernandez	TOVAR	1	6
12		1247268268	Allison	Sofia	Perez	Gonzalez	3	9
13		1249070662	Asthley	Nicolle	Gomez	Mendez		
14		1043342560	Danna	Gabriela	Padilla	Morales		
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA 3, 6 | SEGUNDA 9, 13 | TERCERA | CUARTA 20, 27 | QUINTA

No. de Orden	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIERCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIERCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIERCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIERCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIERCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
02	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
03	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
04	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
05	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
06		A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
07		A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
08	A	A	A	A		Retirado										Retirado										12		
09	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
10	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
11	A	A	A	A		A	A	A	A							A	A	A								12		
12						A	A	A	A							A	A	A								12		
13						A	A	A	A							A	A	A								12		
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:

Danna padilla ingresa por el niño Sael Rodriguez aldana CC. 1049328261 por cambio de domicilio.

COORDINADOR(A) EA

Gilma Andrade
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION DE LA COMUNIDAD GUSTAVO MARTINEZ CAFYN

NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001171-2024

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: BOLIVAR Centro Zonal INDUSTRIAL BAHIA Municipio CARTAGENA

Nombre Agente Educativo (a): DOROTEA MORELOS DIZ CC 45487148

Código CUENTAME UDS: 1300100490072 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PPRIMERA JORNADA

Dirección UDS: VISTA HERMOSA MZ PRIMA LOTE 9 Teléfono UDS: 3226932573

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					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	1427258319	JEREMIAS		REINEL	GUERRERO	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						F	A	A	A	A	F					12	1	
02	RC	1042597203	JOHAN	ANDRES	JIMENEZ	REALES	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A						E	A	A	A	A	E					13		
03	RC	1048473604	MERLIAH	DEL MAR	RODELO	SIERRA	2	11	A	I	I	I		A	I	I	I	I						S	I	I	I	I	S					2	11	
04	RC	1047321142	IAN	DAVID	RODRIGUEZ	DIAZ	2	10	A	A	A	A		A	A	I	A	A						T	A	I	I	I	T					9	4	
05	RC	1201208114	MARCELO		JIMENEZ	RODRIGUEZ	3	6	A	A	A	A		A	I	A	A	I						V	A	A	A	A	V					11	2	
06	RC	1201288823	ARIS	JOSE	CASTRO	MORALES	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A						O	A	A	A	A	O					13		
07	RC	1044031646	DIEGO	ANDRES	JIMENEZ	MENDOZA	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A						F	A	A	A	A	F					13		
08	RC	1043340639	ISSAC	CRISTOBAL	PATERNINA	PABON	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A						E	A	A	A	A	E					13		
09	RC	1235052052	ASHLY	JOHANA	SOTO	GUARIN	2	10	A	A	A	A		A	I	A	A	A						S	A	A	A	A	S					12	1	
10	RC	1235052132	SALOME		MARTELO	ALFARO	2	9	A	A	A	A		A	A	A	I	A						T	A	A	A	A	T					12	1	
11	RC	1242389907	ISAIAS		MORELOS	PUELLO	1	11	I	I	I	I		I	A	A	A	A						I	A	A	A	A	I					8	5	
12	RC	1235052700	KARIANIS	SOFIA	UYARA	BERRIO	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A						V	A	A	A	A	V					13		
13	RC	1143421733	JOSHEP		ANTONIO	GARCIA	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A						O	A	A	A	A	O					13		
14																																			

TOTAL 144 25

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

Dorotea Morelos Diz

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

LOS DATOS 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 Caffeno
NIT: 800189920 NUMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Junio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: H-C. B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la Bahia Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): FARIDES TORRES O CC: 33248221
Código CUENTAME UDS: 13001000 69486 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Estrellitas
Dirección UDS: EDUCADOR Teléfono UDS: 3107387610
Hoja ___ de ___

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	R-C	1201287403	ASLY	SOFIA	RICO	VERGARA	3		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
02	R-C	1201289176	ANGEL	JOSUETH	PEÑA	ORTEGA	3		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
03	R-C	1201284212	DAILIN	ELIANIS	MENDOZA	MENDOZA	4		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
04	R-C	1249069 49	BRIAN	ANDRES	HERAZO	URANGO	1	12	A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
05	R-C	1143420020	ELIAN	DAVID	TORRES	MEDINA	4		A A A A A A A A A A A A A A I		12	1	
06	R-C	1201287629	EMANUEL	URANGO	JEMUS		4		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
07	R-C	1044021619	SHANTAL	LUCIA	CORREA	PADILLA	2		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
08	R-C	1143426192	JOSE	LUIS	ORTIS	HERAZO	4		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
09	R-C	1044019614	YEICON		MOQUEA	MARTINEZ	3		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
10	R-C	1048228629	GAEL	ELIESER	JULIO	CONTRERAS	2		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
11	R-C	1050981278	MATHIAS	ANDRES	BARRIOS	REYES	2		A A A A A A A A A A A A A A I		12	1	
12	R-C	1046406892	TELIANA	NICKEL	PADILLA	PATERMINA	3		A A A A A A A A A A A A A A A		13	0	
13	R-C	1201286453	MOISES		VALDES	RODRIQUES	3		A A A A A A A A A A A A A A I		12	1	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	154	3	

Verificación De Cobertura

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

FARIDES TORRES OTERO
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

FO-IM012-FP | Versión 4 | 29/09/2015 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Caffin
Junio 2025
Comunitario

Bolivar
Educadora: Yuli Yadira D.
Cartagena
Caritas felices

| | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 8 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

NO ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: I GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN
800188992 0 | NUMERO DE CONTRATO: 1.300.117-2004
MES: JUNIO | AÑO:
MODALIDAD DE ATENCION: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR | Centro Zonal: | Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): YUNIS OVIEDO | CC:
Código CUENTAME UDS: | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS AMIGUITOS
Dirección UDS: ARROZ BARATO CALLE OLIMPICA 5-65 | Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIA	INASISTENCIA	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	1201291512	SAMUEL	ALEJANDRO	TREJO	FAJARDO	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
02	RC	1042596355	MOISES	DAVID	CARABALLO	BORJA	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
03	RC	1238348384	LEON	DEL CARIBE	CASSIANI	BELLO	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
04	RC	1066902176	MAILIN	SOFIA	MENDOZA	MUÑOZ	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
05	RC	1143420599	MIEIDIS	SOFIA	RIVERA	SANCHE	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
06	RC	1143421519	OLIVER	CHRIS	VERGARA	ZUÑIGA	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
07	RC	1048473054	CHARLOT	DE JESUS	ESPINO	PACHECO	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						12	1	
08	RC	1143422576	ISAIAS	DAVID	VILLAREAL	RAMOS	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
09	RC	1048470398	LOGAN	ANDRES	JULIO	SILVA	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
10	RC	1049951467	EDWALITH	MARIA	CABARCAS	ECHOA	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
11	RC	1043342729	DAIRANNA		VARGAS	CARDENA	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	I						12	1	
12	RC	1044023110	DEREK	DAVID	LOROUY	MARTINEZ	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
13	RC	1048473550	JAILYN		VELASQUEZ	MARTINEZ	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	I						11	2	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

SEMANA DE RECESO

TOTAL 65 4

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

COORDINADOR(A) EA

Yunis Oviedo R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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
CaffXn.

F6.MO12.PP	1/09/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion. Gustavo Martinez CaffX
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124.
MES: Junio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria.
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahia Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Rosario.C. Morelos CC: 45.432.517. Municipio: Cartagena
Código CUENTAME UDS: 1300100049082 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Angelitos Alegres
Dirección UDS: Vista Hermosa. D9. 30A# 58-80. Teléfono UDS: 3145679417.

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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: AUSENCIAS
01	R.C.	1047599899	Aurora.		Muñoz.	Ochoa.			A A A A A A A I A	12	1
02	R.C.	1044016667	Mia.	Izabella	Jimenez.	Castillo.			I A A A A A A I	9	4
03	R.C.	1143422479	Kilian.		Heza.	Arroyo.			A A A A A I A A	10	3
04	R.C.	1143420741	Shelsy.	nasaret.	DiAz.	Sanchez.			I A A A I A A A	9	4
05	R.C.	1044022154	JAN.	Samuel.	ARbelaez.	Peréz			A A A A A A A A	13	0
06	R.C.	1047519777	Saidi	Isabel.	Morelos.	Vargas.			A I I A A A A A	10	3
07	R.C.	1143422436	Jailer	Andres.	Suarez.	Peralta.			A A A A A A A A	13	0
08	R.C.	1201286469	Alexa.	Sofia.	Gonzalez.	Guerrero.			A A A A A A A A	11	2
09	R.C.	1143422303	Dulce.	Maria.	Serra.	Beleño.			A A A A A A A A	13	0
10	R.C.	1044015558	Julieta.		Medina.	Peréz.			I A A A A A I A	11	2
11	R.C.	1201291886	Oscar.	Daniel.	Garcia.	Jimenez.			A A A A A A A A	10	3
12	R.C.	1047520270	Fimmy	Nicol	Morales	Villa.			A A A A A A I I A	9	4
13	R.C.	1023566206	Angel	David.	Garcia	Sepulveda			A A A A A A A A	13	0
14											
15											

TOTAL 169

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 Arizo
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FBLMO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERV: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONT 1300117124
MES: JULIO 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 MARIA DEL CARMEN CORPAS MORILLO CC 22790870
Código CUENTAME UDS 1300100069418 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS PINITOS
Dirección UDS: LA CONSOLATA MZ PLOTE 3 SECTOR PARAISO Teléfono UDS: 3108313062

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1143422252	MATHEWS	JOSE	PEREZ	PAJARO	2	5		A	A	A	A	A	A	A	I	I						A	A	A	A						11	2	
2	RC	1137543562	CELESTE		CANTILLO	RAMIREZ	6	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
3	RC	1049541194	YARED	DAVID	MORALES	RIZCALA	2	4		A	A	A	A	I	A	A	A	I						A	A	A	A						12	1	
4	RC	1201287345	LUZ	JEMIMA	SIMARRA	BRAVO	3	9		A	A	A	A	A	I	A	A	A						A	A	I	I						10	3	
5	RC	1143422252	JEYKO	JOSE	PUELLO	GONZALEZ	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
6	RC	1238346743	SAMARA	MILETH	PRIMERA	TORRES	4	5		I	A	A	I	A	A	A	A	I						A	I	A	I						8	5	
7	RC	1201287345	KYLIAN	ANDRES	BALLESTA	GAVIRIA	1	10		A	A	A	A	A	A	A	I	I						A	A	A	A						11	2	
8	RC	1201284637	GABRIEL	DE JESUS	BUSTAMANTE	POLO	4	6		A	A	A	I	A	A	A	A	A						A	A	A	A						12	1	
9	RC	1143420764	SAMUEL	DAVID	SANTOS	RODRIGUEZ	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A						13		
10	RC	1201290353	LIAM	JOSE	AHUMADA	GUZMAN	2	11	VIVO	A	A	A	I	I	A	A	A	I						A	A	I	A						9	4	
11	RC	1201292672	HILLARY	ANDREA	CORPAS	BUELVAS	1	8	CON	I	A	A	A	A	I	A	A	A						A	A	A	A						11	2	
12	RC	1103528166	BLEIDY	VANESA	PAJARO	PATERNINA	2	3	SU	A	A	A	A	A	I	A	A	A						A	A	I	A						11	2	
13	RC	1225086375	SAMUEL	SAID	HERRERA	SERRANO	3	7	MAMA	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	I	A						11	2	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
																																TOTAL	175	27	

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

Maria Corpas Morillo
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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS-M-012-PP
Versión: 5

3/09/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVI: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAPPYN
NIT: 802188020-8
MES: JUNIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

NUMERO DE CONTI: 12000117124
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: **INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA**
Municipio: **CARTAGENA**
Nombre Agente Educativo: MAYERLIN CABARCAS CARRASQUILLA
CC: 33100293
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS GAUSALITOS
Dirección UDS: LA CONSOLATA MZ J LOTE 1 SECTOR PARAISO
Teléfono UDS: 3174642429

Hoja ___ de ___

	Tipo Doc	Número de Identificación	Nombres del Usuario/a		Apellidos del Usuario/a		Edad		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
1	RC	1044020105	ALIS	VANESSA	MARRUGO	LOPEZ	3	2	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A					12		
2	RC	1201287161	EMELY	SOFIA	GONZALEZ	SANTOS	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A					12		
3	RC	1201285258	HANNAH	SOPHIA	RUIZ	MORALES	4	4	Festivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	H	H					11	2	
4	RC	1050981297	SALOME	SARAH	VERBEL	QUEVEDO	2	3		A	A	A	A	I	A	A	A	A							A	A	A	A					12	1	
5	RC	1201290155	EMMANUEL	JOSE	MARRUGO	ARROYO	2	9		A	A	A	A	I	A	A	A	A							A	A	A	A					12	1	
6	RC	1238348443	JEISON	JESUS	SUAREZ	RODRIGUEZ	2	11		A	A	A	A	I	A	A	A	I							A	A	A	A					11	2	
7	RC	1201286679	MARIANA	LUCIA	JULIO	GONZALEZ	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	H					12	1	
8	RC	1043342158	MATHIAS	JOSE	PAYARES	ALCALA	2	11	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	H					12	1	
9	RC	1201288826	MIA	KELISHA	NEGRETE	BLANCO	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A					13		
10	RC	1143420254	JHON	DAVID	MATOS	CARABALLO	4		Festivo	A	A	A	A	A	A	A	A	I							A	A	A	H					11	2	
11	RC	1201288272	ANTONELLA	SOFIA	JULIO	LOPEZ	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	I	H					11	2	
12	RC	1033505445	SANT AGO		MARQUEZ	RADA	2	11		A	A	A	A	A	A	A	I	A							A	A	A	A					12	1	
13	RC	1201288714	MARIA	ANGEL	TAPIA	SALAZAR	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A							I	A	A	H					12	1	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		

Festivo Recesso

TOTAL 156 14

Verificación de Cobertura:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS GESTAN YB ASISTENTES

DOCENTE/MADRE/UEA

Mayerlin Cabarcas C. CC 33102296 C/gena

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FGOSTOUOMCOFFIN
NIT: 800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: JUNIO AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): EDILSA B
Código CUENTAME UDS: 1300100044944
Dirección UDS: VISTA H 30H 58-41
Centro Zonal: INDUSTRIAL DE BOLIVAR CC: 45495396
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MARINERITO
Teléfono UDS: 3234156913

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1044023387	NIKOLLE	ANDREA	CUADRO	GARCIA	1	7
02	RC	1201292163	GABRIEL	DE JESUS	GOMEZ	ROJAS	1	11
03	RC	1201292050	EMILY		DIAZ	PATERNINA	2	6
04	RC	1201292364	MARIA	CELESTE	COTERA	OROZCO	1	10
05	RC	1044019944	JOAN		GARCIA	LOPEZ	3	3
06	RC	1043341528	EMMANUEL		CONSUEGRA	MARTINEZ	3	4
07	RC	1050980586	HEMMA	MILAGRO	PUERTA	MARTINEZ	3	5
08	RC	1044019344	LIAH	FERNANDA	JULIO	GENES	4	6
09	RC	1042596967	MAXIMILIANO		ROMERO	BATISTA	4	6
10	RC	1143420678	ALANA	SOFIA	TABORDA	ALCALA	4	9
11	RC	1201287160	MARIACELESTE		BATISTA	NIETO	4	9
12	RC	1044015487	RAMIRO	ANDRES	ARGUMEDO	SIERRA	4	5
13	RC	1201292050	ARIAN		HERRERA	VALENCIA	2	0
14								
15								
16								
17								
18								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA | SEGUNDA | TERCERA | CUARTA | QUINTA

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						13		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A						13		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						10	3	
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						12	1	
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						12	1	
06	A	A	A	A	A	I	I	I	I	I						A	A	A	A	A						10	3	
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						11	2	
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						12	1	
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A						12	1	
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A						13		
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A						13		
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A						13		
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A						13		
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												

TOTAL 1 69 12

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

Edilsa Blanco
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

FR.MO12.PP	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CARTAGENA
NIT: 800189026-5 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 1320170424
MES: Junio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: INDUSTRIAL Y LA BAHIA Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Hasbyn Barrios CC: 45495933
Código CUENTAME UDS: 1320100069414 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños Pasitos
Dirección UDS: MZ 15 la consolata sector 4 los Alcazares Teléfono UDS: 3153455025

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

| No. de Orden | TIPO DOC. | NÚMERO DOCUMENTO | NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA | | APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA | | EDAD AÑOS | EDAD MESES | CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES) | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Caffin
NIT: _____ NUMERO DE CONTRATO: _____
MES: Junio AÑO: 25
MODALIDAD DE ATENCION: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Yurleidis Hoguera
Código CUENTAME UDS: _____
Dirección UDS: Arroz barato calle cerete #154
Municipio: Cartagena
Centro Zonal: _____
CC: 32906409
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis capullitos
Teléfono UDS: 3207107665

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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

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	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044020312	Antonella		Paternina	Barrios	3		9		
02	RC	1142953464	Avanzat	Sofia	Toro	Hernandez	4		9		
03	RC	1201290680	Emiliano		Martinez	Nuñez	2		8	1	
04	RC	1201285047	Elieth	Tatiana	Lopez	Mercado	4		7	2	
05	RC	1051452850	Naim	King	Meza	Julio	3		9		
06	RC	1143420814	Maykel	Jose	Jimenez	Betancourt	3		9		
07	RC	1051452878	Jefferson		Morelo	Bernal	3		8	1	
08	RC	1028958142	Keithlys	Sofia	Gomez	de la Hoz	4		9		
09	RC	1044021878	Kaleth		Baltazar	Carrillo	2		9		
10	RC	1143274929	Yairon	Jose	de la rosa	Alvares	3		9		
11	RC	1201288798	Yurleidys	Sofia	Gomez	de la cruz	3		9		
12	RC	1143422612	Yandriis	Sofia	Villa	Cabeza	2		9		
13	RC	1201287105	Zoe	Lucia	Llorente	Rivas	3		9		
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Semana de Receso.

TOTAL 113 4

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

COORDINADOR(A) EA

Yurleidis Hoguera 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/06/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: E de la Comunidad Estrato 1 y 2
NIT: 800158920-5 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Junio AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: Industrial de la Bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Sabina Urueta Mendoza 3245377722
Código CUENTAME UDS: 1380010007594G Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: Esperanza
Dirección UDS: S. Bolivar calle 5TA # 1A 72 Teléfono UDS:

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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	CAUSA (SI RETIRO)
1	RC	1050980524	Jesus	Daniel	Gómez	Gómez	4	7		21	
2	RC	1201284126	Keylianis		Toro	Pérez	4	1		13	
3	RC	1042343130	Samuel	DAVID	contrera	Espino	3	8		13	
4	RC	1201282458	Antonella		Caicedo	Borja	3			13	
5	RC	1044021652	Salome	Esther	Galvis	Tesorero	3	7		13	
6	RC	1235051503	Yoreli's		Hortiz	Guzman	4	8		13	
7	RC	1201201894	Emily	Paola	Leal	Avila	3	2		13	
8	RC	1249259249	Prisleth	Carolina	Martz	Pulgar	3	6		12	
9	RC	1249069935	Ariadna	Lucia	Gonzalez	Ferrer	2	6		13	
10	RC	1246389917	Ethner	David	Ricardo	San Martin	2	11		13	
11	RC	1201293438	Abigail		Espino	Arevalo	2	2		13	
12	RC	1253658502	Sarah	Luz	Tamara	Caballero	2	6		13	
13	RC	1249069088	Geronimo		Orosco	Ricarde	2	1		13	
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL 169

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 Urueta Mendoza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

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
8-6-26	Sabina Luna polo	32.937772	festivo	descanso	Recrear		Sabina Luna polo		Sabina Luna polo
15.6.26	Sabina Luna polo	32.937.772	festivo	descansar	traleine		Sabina Luna polo		Sabina Luna polo
19-6-26	Sabina Luna polo	32.937.772		Tener nuevos conocimientos cada dia	poner en practica lo aprendido		Sabina Luna polo		Sabina Luna polo
22.al 26-26	Sabina Luna polo	32937772	Recreo	vacaciones de los niños	realizar paseo.		Sabina Luna polo		Sabina Luna polo

Powered by CamS

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez Caffarena
NIT: 800189920 NÚMERO DE CONTRATO: 1800117124
MES: Junio AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar Centro Zonal: Industrial-Bahía-Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Cortes CC: 1128037787
Código CUENTAME UDS: 130010000695 73 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pequeñines
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan Teléfono UDS: 3205466155

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044019130	Noah		Alcala	Almeida	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
02	RC	1201289084	Carlos		Barcenegra	Campillo	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
03	RC	1049588539	Alaia	Sofia	Barrios	Herrera	4	0	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
04	RC	1201786825	Matteo		Cano	Vergara	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
05	RC	1044017529	Alan	David	Camencia	Palencia	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
06	RC	1043344678	Alexa		Castro	Romero	2	10	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
07	RC	1043342559	Elis	Ariana	Davila	Pinedo	3	9	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
08	RC	1238350597	Liam	David	Diaz	Villareal	2	8	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
09	RC	1201789985	Alaina	Gisell	Hurtado	Bossio	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
10	RC	1249070844	Kathaleya		Martinez	Barrio	2	0	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
11	RC	1201791107	Emily	Sofia	Perez	Barboza	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
12	RC	1043346187	Maximiliano	Andres	Peroza	Acosta	2	0	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
13	RC	1043345570	Elias	David	Tapias	Gonzalez	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A / / / / / / / / A / / / / /		13		
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	69	

MESES ASISTENTES:

Sandra Cortes M.

Powered by CamScanner

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 catEyn
Nit: 80018990-5 NUMERO DE CONTRATO: 1300187-11-2024
MES: Junio AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: comunitaria
SERVICIO DE ATENCION:

IDENTIFICACION
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de Turbaco Unidad: cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Aida cuadrado CC: 45753444
Código CUENTAME UDS: 1300100695 28 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Mi Jardincito
Dirección UDS: Jorge Eliecer gaitan Mz 31 lote 114 Teletono UDS: 3126958244

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1044022672	Carlos	Arturo	Mata	Caraballo	3	2		17		
02	Rc	1201291562	walter	Emmanuel	Perez	Valdez	3	4		17		
03	Rc	1042597496	Hans		Geliz	Vanegas	3	9		17		
04	Rc	1042598354	Alan	David	Geliz	Vanegas	2	8		17		
05	Rc	1249070729	Angel	De Jesus	Julio	Sanchez	1	11		17		
06	Rc	1143423804	Cristian	Junior	Palomino	Florez	2	3		17		
07	Rc	1253658572	Danna	Sofia	Caviria	Rodriguez	2	6		17		
08	Rc	1938351556	Lya	Marcela	Batista	Anaya	2	1		17		
09	Rc	1207243722	Francis	Yhoanny de Jesus	Miranda	Theran.	2	0		17		
10	Rc	1249070860	Chloe	Sofia	Caro	Coa	1	11		17		
11	Rc	1249068944	Angelo		Salas	Romero	2	11		17		
12	Rc	1238351262	Arleth	Sofia	Sanchez	Viga	2	3		17		
13	Rc	1249068369	Ibrahim	Josue	Carmiento	Lozada	3	7		17		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 221

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

COORDINADOR(A) EA

Aida Maria cuadrado
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
7 al 5 06-26	t/oga. Mi Jardincito	1300100695 28	cuerentena	incapacidad	"	"	Aida cuadrado	"	Aida cuadrado
9 al 10 06-26	Hoga. Mi Jardincito	1300100695 28	Incapacidad	"	"	"	Aida cuadrado	"	Aida cuadrado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	30/06/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ GUSTAVO GARCIA CAFFA
NIT: _____ 8914800204 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 1300117124
MES: _____ JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal ___ INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA Municipio: _____ CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): _ ARGENIDA C.AHUMADA BAUTE CC_____ Rbro 1128564181
Código CUENTAME UDS: _____ 1300103847985 CHISPITAS MAGICAS
Dirección UDS: _____ CIUDADELA 2000 MZ 7 LOTE 83 Teléfono UDS: _____ 3015776382

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		REGISTRO 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	1249068961	JIREH	SOFIA	MARTINEZ	CORDOBA	3		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						
03	RC	1143423177	RICHARD	JUNIOR	PEREZ	GOMEZ	3		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							A						
04	RC	1.043.340.194	GAEL	EMILIO	PEREZ	SIERRA	5		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						
06	RC	1.044.020.963	SHAIRANY		ALTAHONA	LICONA	3		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						
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						
09	RC	1249070872	ADRIAN	DE JESUS	CAMPO	ROJAS	1		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						
11	RC	1249070060	SHADDAI	SOPHIA	PEREZ	MARTINEZ	2		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A							A						
12	RC	1249068760	ANTONELLA		BLANCO	PERALTA	3		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						
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 64

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

COORDINADORA(E)A

RESPONSABLE DE GRUPO

nto... piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
8/06/26				FESTIVO			Argenida Ahumada		
15/06/26				FESTIVO					
19/06/26				PEDAGOGICO					
29/06/26				FESTIVO					

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

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920-5
NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: JUNIO
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): ENA CAMARGO
CC: 1143338337
Código CUENTAME UDS: 1300100069546
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ESTRELLITASA DE JESUS
Dirección UDS: JORGE ELIECER GAITAN KRA 80B3 # 13 A 15
Teléfono UDS: 3107147965

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1043344679	AXEL	DAVID	CASTRO	ROMERO	2	9	A	A	A	A	A		A	A	I	A		A	A	A							A					12	1	
02	RC	1249068350	THIAGO	JOSE	MARTINEZ	DE ARCO	4	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
03	RC	1247258183	MARIANA		MIRANDA	BERRIO	4	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
04	RC	1247258184	MARIANGEL		MIRANDA	BERRIO	4	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
05	RC	1253658567	AHYNARA	SOFIA	QUINTANA	CASTRO	2	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
06	RC	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	1	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I					12	1	
07	RC	1201290135	LUCIANA		DE VOZ	MIRANDA	3	11	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					12	1	
08	RC	1143421184	DANNY	JOSE	OSUNA	ZAPATA	3	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
09	RC	1253659306	AISHA	JULIE	TEJEDOR	CASSIANI	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I							A					12	1	
10	RC	1241443790	ADHARA		GOMEZ	GONGORA	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
11	RC	1143274065	THIAGO	JORDIN	MARQUEZ	PEREZ	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I					12	1	
12	RC	1249070054	SHAROL	MILAGRO	CABARCAS	GONZALEZ	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A							A					12	1	
13	RC	1050287014	ANDREA	SOFIA	PARRA	BROCHERO	2	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	153	6	

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	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
4/junio 2026	Iociana Miranda	1201290185	Inasistencia	La niña presento un virus de gripa	hacer llamada	dar medicamentos recomendados por el medico	Erica Camargo	seguir en contacto	Stephany
11/junio 2026	Axel Castro	1043344679	Inasistencia	El niño amanecio con fiebre	realizar seguimiento	llevar lo al medico	Erica Camargo	seguir en contacto	Yaris Ponce
16 junio 2026	Shara Cabarcas	1249070054	Inasistencia	La niña presento un brote en la boca	realizar seguimiento	llevar lo al medico	Erica Camargo	Seguir en contacto	LUZ MARIN
18 junio 2026	Aisha Tejedor	1253659306	Inasistencia	La niña presento un brote en la boca	realizar seguimiento	llevar al medico	Erica Camargo	Seguir en contacto	Maria Cassiani
30 junio 2026	Christopher Rios	1201293811	Inasistencia	El niño amanecio disgustado	realizar seguimiento	dar medicamentos	Erica Camargo	Seguir en contacto	VICKY Serrano
30 junio 2026	Thiago Marquez	1143274065	Inasistencia	El niño presento dolor de oido	realizar seguimiento	Fue llevado al hospital	Erica Camargo	seguir en contacto	Kitsy Perez

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez
NIT: 800189920-5 | NUMERO DE CONTRATO:
MES: Junio | AÑO: 26
MODALIDAD DE ATENCIÓN: H CB
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitaria

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar | Centro Zonal: J de la bahía | Municipio: Cartagena | Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Luz Mary Ramos | CC: 45505586
Código CUENTAME UDS: 1300 1000 695 32 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Pequeño Genio
Dirección UDS: Jorge E Cotton | Teléfono UDS: 3145121207

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (3)	SEGUNDA (10)	TERCERA (17)	CUARTA (24)	QUINTA (29)	TOTAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044073161	Dilmaris	Paola	Baena	Padilla	2	10	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
02	RC	1249071425	Dereck	David	Campis	Escorcia	1	7	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
03	RC	1146151752	Isabella	—	Cortez	Furizo	3	2	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
04	RC	1201292427	José	Daniel	Contreras	Ferrer	2	10	AAAAA	AAAA	AII		A	11	2
05	RC	1249069610	Isaac	David	Herrera	Rensa	2	9	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
06	RC	1.049589129	Laura	Sofía	Lambraño	Benavides	2	5	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
07	RC	1.101467150	Helen	—	Manga	Pereira	2	9	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
08	RC	1249671240	Luciana	—	Perez	Martinez	1	7	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
09	RC	1051.453.749	Hilary	Andres	Petro	Bossio	2	2	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
10	RC	1201293278	Adhara	Sofía	Ramirez	Paternina	2	4	AAAAA	AAAA	AIA		A	12	1
11	RC	1143422276	Isaias	Emiliano	Romero	Arroyo	3	4	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
12	RC	1042.597314	Evan	Matheo	Valdes	Bernal	4	0	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
13	RC	1201292611	Kiara	Sofía	Valdes	Bernal	2	10	AAAAA	AAAA	AAA		A	13	
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

TOTAL 166 3

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

Luz Mary Ramos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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.

Escaneado con CamScanner
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
17,18 06/26	Jose David contreras	1201292422	Inasistencia	no asistio por motivo de salud	llamar al padre usuario	estar atento algun cambio	Luz Mar Ramos	en casa	
16.106 2026	Adriana Ramirez	1201293278	Inasistencia	no asistio por motivos de salud	comunicarme con el padre usuario	Informar por escrito	Luz Mar Ramos	en casa	
19-06 2026	Luz Ramos 1300 1000	45 505 586 695 32	Jornada Pedagogica	—	—	—	—	—	

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: INDUSTRIAL DE LA BAHIA
Municipio: CARTAGENA
Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): Berta Jimenez B.
CC: 22.792.912
Código CUENTAME UDS: 1300100069336
Dirección UDS: Jorge E. Gaitan K80B2
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños Traviesos
Teléfono UDS: 3216886243

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1249070375	Fabian	David	Alvarado	Rondon	2	2	A	I	I	I	I	A	A	A	A		A	A	A			A										9	4	
02	RC	1235052861	Mathias		Castillo	Gomez	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
03	RC	1137543732	Elian	Jose	Salgado	Hernandez	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
04	RC	1247258816	Isaac	de Jesus	Amaranto	Coirea	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
05	RC	1043345629	Josue	Emmanuel	Leal	Toires	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
06	RC	1249069933	Gael	David	Arnedo	Polo	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
07	RC	1143423470	Ethan	Karim	Castellar	Martinez	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
08	RC	1044020578	Carlos	Andres	Ledesma	Manzanilla	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
09	RC	1201293428	Genesis	Isabel	España	Jimenez	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
10	RC	1137543746	Emili	Sofia	Ospino	Arias	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
11	RC	1253654596	Jogan		Restrepo	Pinto	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A										13		
12	RC	1044016913	Alan	Valentin	Morales	Guzman	5	1	A	I	I	I	I	I	I	I	I		A	A	A			I										4	9	
13	RC	1249069524	Luis	Mathias	Tellez	Rendledo	2	7	A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I													11	2	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

Verificación De Cobertura

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

TOTAL

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

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
02-06 2026	Fabian Alvarado	1224907 0375	Inasistencia	Diarrea aguda.	Llamar	Mensaje	Bertha J.		
02-06 2026	Alan Morales	1064409 6913	Inasistencia	Salio a vacunarla a afuera por documento	Llamar	Bertha J.		Retorna al programa en dos semanas	
02-06 2026	Luis M. Tellez	1224906 9524	Inasistencia	estaba de Paseo con su papa	MSJ.	Llamar	Bertha J.		
03-06 2026	Fabian Alvarado	1224907 0375	Inasistencia	Diarrea Aguda	Llamar	Llamar	Bertha J.	Lo llevaron al servicio de urgencias y lo hospitalizaron	
30-06 2026	Alan Morales	1064409 6913	Inasistencia	Esta de Paseo Donde su papa	Llamar	Llamar	Bertha J		
30-06 2026	Luis Tellez	1224906 9524	Inasistencia	Cita control crologia	MSJ	Llamar	Bertha J		

Scanned with CamScanner

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 M Cafán
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO: 13001171/24
MES: Junio AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: Comunitario
SERVICIO DE ATENCION: HCB

IDENTIFICACION
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de la bahía Unidad(es): Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Karen E. Tinoco O CC: 32937576
Codigo CUENTAME UDS: 13001000069467 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Raicitas
Dirección UDS: Villa Rubia MzC Lote 2 apto 2 Telefono UDS: 3017724103

Hoja ___ de ___

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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1043344250	Kerry	Silvana	Rodriguez	Carreño	3		A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
02	RC	1242390598	Neila	Maria	beltran	piña	1	8	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
03	RC	1048475269	Alaia	Neliel	Rodriguez	Sierra	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
04	RC	1048474731	Kendall	Sophia	Yanes	Torres	2	11	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
05	RC	1048475252	Greisy	Alejandra	Nova	Diaz	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
06	RC	1249071158	Nicolle	Sofia	Gonzales	ortiz	1	8	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
07	RC	1201289719	Isaac	David	Pajaro	fuentes	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
08	RC	1081937366	Keivin	Manuel	Solis	Avila	3		A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
09	RC	1238347863	Adael	Milan	perea	Rodriguez	4		A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
10	RC	1249070653	Liam	David	Ibañez	de la Saba	2		A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
11	RC	1201292522	Jhonle	Stiven	Simarra	Lopez	2	10	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
12	RC	1247260101	Mia	Isabel	Contreras	Valois	1	6	A A A A A / A A A A A / A A A	A	13	
13	RC	1201290708	mia	Isabella	Martinez	Viellan	3	8	A A / A A A A A	A	6	
14												
15												
16												
17												
18												
19											2	
20											16	
										TOTAL	171	

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

COORDINADOR(A) EA

Karen E. Tinoco O.
RESPONSABLE DE GRUPO

Powered by CamScanner

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
Junio 19	Catalina	1113795606	Retiro	Por motivo personal	llamar la y estar pendiente	Valla a	[illegible]	estar pendiente	
Junio 19	Elizabeth Salcedo	1113795605	Retiro	Por motivo Familiar	estar pendiente	otro Hogar	[illegible]	Estar pendiente	
Junio 5, 19	Uds	300100103721	Retiro	[illegible]			[illegible]		[illegible]
Junio 19	uds	1300100103721	Retiro Por [illegible]	Capacita C&O Talado			[illegible]		[illegible]

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo Martínez C. FGM
NIT: 900189920 - 5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117124
MES: Junio AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: comunitaria

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: Bolivar Centro Zonal: _____ Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Regina Anaya Perez CC: 33154964
Código CUENTAME UDS: 13000100069519 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: M. Pequeño Mundo
Dirección UDS: Jorge E.S. K. 80-171-1056 Teléfono UDS: 3116445291

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	1201289594	Linsay	Carolina	Lopes	Rangel	4		A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
02	RC	1144020653	Darianis	Sofia	Arroyo	Caraballo	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
03	RC	1044023917	Betty	Sofia	Arroyo	Caraballo	2	1	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
04	RC	1143423129	Mariana		Vargas	Narbaez	3		A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
05	RC	1201287977	Emma	Maria	Arrieta	Aguilar	4	4	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
06	RC	1249068088	Luisa	Fernanda	Franco	Canoles	3	9	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
07	RC	1047522214	Milagro		Castellon	Pajaro	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
08	RC	1143421393	Bayolith		Pires	Sarabia	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
09	RC	1048472702	Briana	Sofia	Castro	Ochoa	3	2	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
10	RC	1249071427	Liana	Lucia	Marimon	Gomez	1	7	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
11	RC	1143421363	Rafael	Junio	Mejia	Zabaleta	4	3	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
12	RC	1201292474	Emanuel	David	Guzman	Delgado	2	7	A A A A A / A A A A A / A A A / / A		13		
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	156		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	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

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN — NUMERO DE CONTRATO: 1.30012E+11
NIT: 8001189[illegible] — MES: Junio — AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA — Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): YECENIA CORREA CORDERO — CC: 30873538
Código CUENTAME UDS: 1300100047852 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOJITAS DE LIMON
Dirección UDS: SAN FERNANDO CLL LA VICTORIA CRA81A 42-25 — Teléfono UDS: 3122318393

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	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	M	1044021677	IVAN	CALEB	DE LA ROSA	VASQUEZ	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
02	M	1044022346	KRISTIN	SOFIA	CARRILLO	DE LOS NUEVOS	3	4	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				12		
03	M	1044022857	HANTZELL	GAEL	MARIMON	TORRES	3		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
04	M	1201288192	FRANK	JUNIOR	DE ALBA	FORTICH	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
05	M	1043341767	GLENN	DAVID	DE AVILA	MUENTES	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
06	M	1201293496	ROSA	ISABEL	MERCADO	LOPEZ	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
07	M	1201290404	EVELYN	PATRICIA	REQUENA	LOPEZ	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
08	M	1249070948	MARCO		RODRIQUEZ	JIMENEZ	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
09	M	1048475495	ALEXIS	JOSÉ	CABARCAS	ALVIS	2	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
10	M	1037488139	SAMANTHA		JUNCO	MARRIAGA	5	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
11	M	1253158188	DEREK	EDUARDO	HERRERA	JIMENEZ	2	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13		
12	M	1201292289	MAXIMILIANO		TATIS	CUETO	4	9	A	A	A	A	A		A	I	A	A		A	A	A								A				12		
13	M	1242369796	NOAH	MANUEL	SIERRA	PORRAS	3	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				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	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 PERSONALES AQUÍ SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY [illegible] DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

[redacted]

GUSTAVO MARTINEZ CARVIN
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
01-06/26	Kristin S. Cantillo	1044022346	Fiebre	Malestar general	llamada telefonica	Verificar su estado Salud	Joseem Correa C.	llamada a su mama	Andrea D Nuñez
10/06/26	maximiliano tatis c	1201292289	gripe Fiebre	Sintoma gripales	telefonica llamado	Verificasión su estado Salud	Joseem Correa	llamada a su mama	Deberi Cueto
9/06/26	Jeanni correa c	30873538	Jornada Pedagogica	Capacitaciones					Jeanni correa

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO13.FP	
Versión 5	Página 1 de1
Clasificación de la Información: Público	

MES: Junio
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: SEGUETAL Y LA BAHIA — Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Concepción Palacio C.C. 45486399
Código CUENTAME UDS: 1300100039 37
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Primeros Luceros
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan Kra. 80-B-4F — Teléfono UDS: 3126254539

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL ASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
1	R.C	1048472812	Elihan	Gael	cañate	Reyes	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
2	R.C	1143421184	Lairent	Elihe	Herrera	queso	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
3	R.C	1201287467	Valentin		Ramos	Hernandez	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
4	R.C	1249068511	Nathan	Saul	Diaz	caraballo	3	6	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A										12	1
5	R.C	1249069629	Emma	Sofia	Gomez	Zuñiga	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
6	R.C	1201293093	Ian	Rafael	Mora	Pajaro	2	6	I	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A										8	5
7	R.C	1041999931	Naileena	Violeth	Lopez	centeno	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
8	R.C	1249070717	Samuel	David	Guerrero	Hollos	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										12	1
9	R.C	1201289039	Sara	Isabel	Valdelamar	Rodriguez	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
10	R.C	1052742118	Abrahan	De Jesus	Morales	Tatis	4	8	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A										11	2
11	R.C	1143422633	Dominik	Karin	Cassiani	Miranda	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
12	R.C	1048471883	Jian	David	Polo	Pulllo	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
13	R.C	1201291324	Naisdelin	Jordan	Arteta	Berrio	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL 160-9

Verificación De Cobertura: 13

COORDINADOR(A) DE LA

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

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
1º al 5 06-26	Ian Rafael Mora Pajaro	R-C	cirugia	El niño no asistió por tener una cirugia ambulatoria	reposo	Tener control con el niño en casa	Concepción Palacio costa	no es necesario	Dayana Pajaro
9-06-26	Nathan Saul Diaz Caraballo	R-C	fiebre	El niño no asistio por tener fiebre	reposo	Tener control con el niño en casa	Concepción Palacio costa	no es necesario	Nuria Caraballo
9-10 06-26	Abraham de Jesus Morales Tatis	R-C	gripa y fiebre	El niño no asistio por tener gripa y fiebre	reposo	Tener control con el niño en casa	Concepcion Palacio costa	no es necesario	Solis Vanesa TATIS.

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO CRECER LTDA.
806004548

Fecha Actual : miércoles, 27 mayo 2026

PLAN DE MANEJO EXTERNO

CAMBIOS DE ESTADO DEL PACIENTE \ EVOLUCION - NOTA MEDICA

Nº Historia Clínica: 1201293093 **Fec. Solicitud**27/05/2026 10:00:52 a. m. **Nº Folio:** 5

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	IAN RAFAEL MORA PAJARO	**Identificación:**	1201293093 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	27/diciembre/2023 **Edad Act:** 2 Años / 4 Meses / 29 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	SAN FERNANDO CALLE CESAR FLOREZ CR 80 B4	**Teléfono:**	3015704593-3016633455
Procedencia:	CARTAGENA DE INDIAS	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	MUTUAL SER	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MUTUAL SER EVENTO CIRUGIA AMBULATORIA (CONT) 22215	**Nivel - Estrato:**	CONTRI. NIVEL 1 >2 SMLV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	RAFAEL MORA RODRIGUEZ	**Teléfono Resp:**	3015704593-3016
Dirección Resp:	SAN FERNANDO CALLE CESAR FLOREZ CR 80 B4	**Nº Ingreso:**	3518714 **Fecha:** 27/05/2026 6:05:58 a. m.
Finalidad Consulta:	Tratamiento	**Causa Externa:**	Enfermedad_general
Area Servicios	CIRUGIA		

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:
INCAPACIDAD ESCOLAR POR 10 DIAS

Total Ítems: 1

Centro Médico CRECER
NIT. 806.004.548-6
CIRUGIA

Médico: MONTALVO PEREZ ZORE MILENE
Tipo y Nro Documento CédulaCiudadania 1047490509
Especialidad MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional 1047490509

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: 800196800 — NUMERO DE CONTRATO: 1300117113024
MES: JUNIO — AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: INDUSTRIAL 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 KRA 80 C #14 A 05 — Teléfono UDS: 3187293327

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1043342711	ISABELLA		ANGULO	BUENDIA	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							P				12	1	
02	RC	1047520401	SKY	NATSU	CABEZA	TORREGLOSA	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I				12	1	
03	RC	1201260433	ADI	LUCIA	FLORES	CARRASQUILLA	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A				13		
04	RC	1201267682	BIANCA	ISABEL	GARCES	PINEDA	4	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A				13		
05	RC	1249070813	NOAH		HERNANDEZ	DIAZ	2		A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A							L				11	2	
06	RC	1042597292	MARIA	PAZ	MARTINEZ	PESTANA	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A				13		
07	RC	1201292731	ELIAS	ANDRES	ARTINEZ	PATERNINA	2	10	A	A	I	I	I		A	A	A	A		A	A	A							I				9	4	
08	RC	1249068308	MATIAS	DE JESÚS	MEJIA	MARTINEZ	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I				12	1	
09	RC	1249068031	SHAIRA	MARIA	MORENO	FUENTES	3	8	A	A	I	I	I		A	A	A	A		A	A	A							I				9	4	
10	RC	1043045137	ORIANA	VALENTINA	PALACIOS	SEGOVIA	2	7	A	A	A	I	I		A	A	A	A		A	A	A							I				10	3	
11	RC	1042568369	VICTORIA		TAPIA	ARRIETA	2	9	A	A	A	A	A		I	I	I	I		A	A	A							I				8	5	
12	RC	1201292797	EMILIANO		TARAZONA	ARRIETA	2	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I				12	1	
13	RC	1044022805	BENJAMIN	ORLANDO	VENECIA	ROPAIN	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I				12	1	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																															TOTAL	137	23	

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

COORDINADOR(A) EA

LORCY CARBALLIDO DIAZ
RESPONSABLE DE GRUPO

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
3-6-2026	Elias Martinez Paternina.	RC	Enfermedad	Se encuentra hospitalizado	Realizar el cambio de [illegible]	Suministrar medicamentos	Lorena Cervantes	Llamadas	Lorena
3-6-2026	Shaira Maria Moreno	RC	Enfermedad	La niña presenta fiebre.	Atención en casa	Aplicar los tratamientos	Lorena Cervantes	Llamadas	Lorena
4-6-2026	Oriana Palacios Pequiva	RC	Novedad Familiar	No hay quien me cuide	Remitirse a servicios de la unidad	Regresar el [illegible]	Lorena Cervantes	Llamadas	Lorena
9-6-2026	Victoria Tapia Arrieta	RC	Enfermedad	Acude al medico por dolor de cabeza	Acudir a la [illegible]	Suministrar medicamentos	Lorena Cervantes	Llamadas	Lorena
9-6-2026	Noah Hernandez	RC	Novedad familiar	Atender llamado	Solicitar vacaciones	Regresar el [illegible]	Lorena Cervantes	Llamadas	[illegible]

6	Shaira Moreno	RC	[illegible]		[illegible]	[illegible]			
2026	Isabella Angulo	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
JUNIO 2026	SKY Cabeza	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Victoria Tapia	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Matias Tapia	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Oriana Palacios	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Noah Hernandez	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Emiliana Tarazona	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Elias Martinez	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Benjamin Venecia	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]

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: CAFFIN
NIT: 800018 9920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 13001171-2024
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HC 13

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Ind Bahia Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Modesta Romero CC: 45486671
Código CUENTAME UDS: 1300 10010 3920 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cariñositos
Dirección UDS: San Edo Simón Bolivar Teléfono UDS: 3204502615

Hoja ___ de ___

Orden de ingreso	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1048472084	Samuel	De Jesus	Cabarcas	Santiago	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
02	RC	1201288873	Valentina		Blanquicet	Borroza	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
03	RC	1044022270	Antonella	Sofia	Berrio	Tejada	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
04	RC	1201286999	Juan	Sebastian	Corcho	Posso	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
05	RC	12536	Lauren	Sofia	Zorza	Chico	2	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
06	RC	1249068790	Adrian	David	Castro	Nuñez	3		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
07	RC	1249068610	Tiam	Jose	Lopez	Torres	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
08	RC	1201287195	Samantha	Paola	Blanco	Vega	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
09	RC	1044021109	Kamila	Andrea	May	Correa	4		T I I I I / I I I I I / I I I /		13	
10	RC	1044020385	Nahomy	Sofia	Puerta	Bello	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
11	RC	1249070550	Gael	Andres	Herrera	Chico	2		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
12	RC	1253595589	Joseph	David	Mercado	Arnedo	1	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A /	13		
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

Modesta Romero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
10/10/20 28/10/20 2026	Kamila A Hay correa	R C.	Situacion familiar	cambio de Residencia	llamadas la niña se Por cabeza	Fue con la mamá	Modesta Romero G	Visita Domiciliaria	Morgot
Junio 30 2026	Kamila Hay Correa	RC 1044021109	Situacion Familiar	Cambio de Recidencia	llamadas	La niña se Fue donde Madre	Modesta Romero	Domicilio Cerrado	Morgot

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	26/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 900166930-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300117-2024
MES: JUNIO 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. del Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	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		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
02	RC	1.201.291.803	EMMANUEL		GOMEZ	HERNANDEZ	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
03	RC	1.201.289.786	SALOME		TORRES	TORRES	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
04	RC	1.201.293.253	SALOME	SOFIA	CHICO	RIVERA	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
05	RC	1.249.070.046	DOMINICK	DE JESUS	AVILA	RUIZ	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
06	RC	1235053863	Lilian	sofia	Mendoza	Marin	1		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
07	RC	1.249.068.174	KENNETH		MATUTE	CONTRERA	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
08	RC	1.042.597.325	ALAN		VERGARA	BARRIOS	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
09	RC	1.249.070.171	ISABELLA		CHICO	BURGOS	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
10	RC	1.201.286.459	MATTHEW		GOMEZ	HERNANDEZ	4		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
11	RC	1.048.946.039	LUIS	FELIPE	GONGORA	VALIENTE	3		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
12	RC	1.142.955.466	KEIRIN	DAMIAN	BOHORQUEZ	VILLA	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
13	RC	1253158223	Joshua	Mathias	Luna	Herrera	2		A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A								A					12		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	156		

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	

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: NIT 800189205 NUMERO DE CONTRATO 1300117424
MES JUNIO 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 CC: 45452835
Código CUENTAME UDS: 1300180069541 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los capullitos
Dirección UDS: Kra 80B-2 #1090 Jorge E Jaitan Teléfono UDS: 3235180198

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 ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	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			
01	RC	1044018805	ARian	David	Guevya	Duran	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
02	RC	1201287495	Alanna	SOFIA	Oviedo	Villalobo	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
03	RC	1048472839	Juan	Andres	Velez	Miranda	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						I			12	1	
04	RC	1201288579	noaH	SAID	castillo	nieves	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						I			12	1	
05	RC	1044942126	Alaiq	Maria	causado	canales	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						I			12	1	
06	RC	1249068675	Kattleya		Arauto	Arrieta	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
07	RC	1201292468	ROGER	IVAN	Martinez	Neria	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
08	RC	1201287718	emma	SOPHIA	Torre	Rodriguez	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
09	RC	1201293815	Hayley		Tordecilla	Guerrero	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
10	RC	1043345487	luis	Fernando	Meza	Gutierre	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A						A			13		
11	RC	1249069262	Tomas	Alonzo	carrasca	Valle	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A			I	I	I						A			10	3	
12	RC	1238336534	Alana	Lucia	Marquez	castillo	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A			I	I	I						A			10	3	
13	RC	1050981346	Hailin	SOFIA	vanegas	de la cruz	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A			I	I	I						I			9	4	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	51	13	

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

COORDINADORA E.A

Magdalena chavez Martinez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.M71.PP | Versión 1 | 29/08/2025 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Publica

Fundacion Gustavo Bolivar Motta Sinisterra Carrin
Contrato 8691320-5 Fecha de Contrato
Tipo de Modalidad Comunitario 2024
Modalidad de Atención HCB
Servicio de Atención
Identificación
Regional Bolivar
Nombre Centro Zonal Industrial y la Labania Cartagena
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención Amiguitos
Código CUENTAME UDS BC0100037912
Dirección UDS CL 5 K 80 F 45 20
Teléfono UDS 6911154

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS 1 5 6 12 16 19)												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA			TERCERA			CUARTA		QUINTA		ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
									LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES			
01	rc	1047522541	Emmy	Sofia	Camargo	Gaterol	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
02	rc	1249200043	Samanta	Lucia	Pvallo	Morales	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
03	rc	1044023675	aylanis		aguilara	Florez	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
04	rc	1012391912	Alix	sofia	caballo	Roblas	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
05	rc	1249069091	Theanes	y	Padilla	Salcedo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
06	rc	1143421396	Shailin	Hali	Pacheco	Ruiz	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
07	rc	1249070370	Shaly		ariza	Oba	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
08	rc	1012906188	Joycelis	Tc	Paez	Altamar	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
09	rc	1063499431	Eva	Sandith	Lopez	Miranda	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
10	rc	1113795506	catalina	Isabella	Salcedo	Alvarez	3	5	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			I		10	3	
11	rc	1113795505	Elizabal	Maria	Salcedo	Alvarez	3	5	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			I		10	3	
	rc	1018471769	Klayss	David	Barrio	Montaño	5	9	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
	rc	1249068669	ala	David	Magallanes	Zuñiga	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A		13		
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

TOTAL 163 (163-6)

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 UPUD

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente?

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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
Junio 18	Catalino	1113795606	Retiro	Por motivo personal	llamar la y estar pendiente	Valla a otro Hogar		estar pendiente	
Junio 18	Efraabal Salcedo	1113795605	Retiro	Por motivo Familiar				Estar pendiente	
Junio 5, 19	uds	1300100103	Retiro	Por motivo					
Junio 19	uds	1300100103	Retiro	Capacita CDO Talado					

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

MES: Junio AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional:
Nombre Agente Educativo (a): Maria Cabarcas
Código CUENTAME UDS: 1300100103786
Dirección UDS:
Cod. Zonal: 10-30
CC: 33126393
Municipio: Cartagena
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: Manitas Traviesas
Teléfono UDS:

No.	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES 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: OPORTUNIDADES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1201291674	Luciana	Isabel	Gómez	Garces	3	3	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
02	RC	1201293464	Liah		Chavarro	Martinez Apicau	2	2	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
03	RC	1044021717	Cristal	Dariana	Tapias	Bairo	3	6	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
04	RC	1230350099	Luis	Angel	Gutierez	Herera	3	2	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
05	RC	1044023913	Alana	Sofia	Palomino	Gonzales	2	2	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
06	RC	1201293910	Samir	Isaac	Vilora	Lopez	2	2	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
07	RC	1081936755	Isaac		Palencia	Martinez	4	2	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
08	RC	1235053983	Jackson	Elias	Genes	Jimenez	1	8	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
09	RC	1048101250	Sara	Sofia	Martinez	Barrio	2	6	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
10	RC	1240699458	Thiago	David	Perralette	Amaya	3	8	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
11	RC	1249068354	Milo		Boldovino	Bolero	3	5	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
12	RC	1044018298	Aaron	David	Guzman	Torres	4	10	A A A A A	A A A A	I I I			9	4	
13	RC	1049588931	Lauren	Johana	Mendoza	Julio	2	11	A A A A A	A A A A	A A A		A	13		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL 165 153-4

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

María Cabarcas P.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN 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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Gustavo M. Caffin
NIT: 800.189920 NÚMERO DE CONTRATO: 1300 117-2024
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolívar
Centro Zonal: Industrial de la B. Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Soria Hamuyo
CC: 45516307
Código CUENTAME UDS: 1300100069462
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cotitos De Amor 2
Dirección UDS: El Educador calle 39-75a-7
Teléfono UDS: 3023380447

Hoja ___ de ___

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	R.C.	1048470967	Elizabeth		Arroyo	Guerrero	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
02	R.C.	1201289662	Emma		Batista	Morillo	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
03	R.C.	1249068010	Yulianis	Andrea	Arrieta	Macia	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	I	A								A			12	1	
04	R.C.	1143422732	Shailiana	Del Carmen	Espinosa	Casalet.	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
05	R.C.	1238350344	Leonela		Mendivil	Sosa	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
06	R.C.	1253658351	Naelys	Yireth	Arroyo	Guerrero	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
07	R.C.	1201293023	Abigail	Sofia	Medina	Pérez	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
08	R.C.	1235053683	Mayleen	Sofia	Mesa	Carmona	2	4	A	A	A	I	I	A	A	A	A		A	A	A								A			11	2	
09	R.C.	1044021240	Matia	David	Escandón	Ochoa.	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
10	R.C.	1201290694	Emiliano		Ruiz	Rodriguez	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I								I			11	2	
11	R.C.	1043343402	Ismael	David	Cardenas	Payares	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A								A			13		
12	R.C.	1249069784	Juan	Andres	Luna	Canedo	2	8	A	A	A	I	I	A	A	A	A		A	B	A								I			12	1	
13	R.C.	1242390441	Lohan	Andres	Julio	Matos	1	11	A	A	A	I	I	A	A	A	A		A	I	A								A			10	3	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 1609

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

Soria Hamuyo.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

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

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE INDENTIDAD	TIPO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES	ACCIONES A REALIZAR	COMPROMISO ESTABLECIDO CON EL CUIDADOR	PROFESIONAL QUE REALIZA LA NOVEDAD	SEGUIMIENTO	FIRMA DEL CUIDADOR
25/04 2026	Elizabeth Arroyo G.	1048470 967	Cambio de Estado de Salud.	Proceso Quirurgico Ambulatorio.	Recomendaciones medicas	Cuidado en casa.	Sonia M.	Seguimiento Médico	Amira Isabel *Guerrero C.
Mayo 2026	Matias Escandon	1 044 021 240	Inasistencia Motivo familia	Viaje por motivos familiares.	Excusa Escrito.	N/A.	Sonia M.	N/A.	Silvia
19/mayo 2026	Naelys V. Arroyo G.	1 253 658 351	Cambio de Estado de Salud.	Presento fiebre, Alta Todo el fin de semana	Proceso con especialista	Tratamiento y cuidado en casa.	Sonia M.	Dialogo.	Amira Isabel *Guerrero C.
19/mayo 2026	Leonela Hendrivil S.	1 238 350 394	Cambio de Estado Salud.	La niña tiene irritación en los ojos.	Tratamiento Médico	Cuidado en Casa.	Sonia M.	N/A.	* Karina
20/05 2026	Naelys V. Arroyo G.	1 253 658 351	Cita Medica.	Consulta por especialista.	Asistir a su cita.	Regresar a la UDS.	Sonia M.	N/A.	Amira Isabel *Guerrero C.
25/05 2026	Elizabeth Arroyo G.	1048470 967.	Cita Especialista Control.	Llegar a las 10:30 am a la UDS.	Estar atenta a la llegada y a las recomendaciones.		Sonia M.	N/A.	Amira Isabel * Guerrero
17/06 2026	Yuliana Arrieta M.	1 249 068 010	Cambio de Estado de Salud.	La niña tiene Virosis. Gripal.	Asistencia Medica.	Realizar indicaciones medicas.	Sonia M.	cuidado en casa.	Yuliana casa *
18/06 2026.	Naely Arroyo.	1 253 658 351	Cita medica	La niña llegoa las 10:30 despues de su cita.	Recibirla con Amor.	Seguimiento del Control M.	Sonia M.	N/A.	Amira Isabel Guerrero C.
17/06 2026	Lohan A. Julio Hoth	1 242 390 441	Virosis Gripal.	Recomendaciones medicos	Atención en casa.	Cuidado en Casa.	Sonia M.	N/A.	Estamos notas
19/06 2026.	Emiliano Ruiz R.	1 201 290 694	Inasistencia motivo familiar.	Viaje por motivos familiares	Excusa por escrito	N/A.	Sonia M.	N/A.	Hermanas Posada

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: Jairo Gustavo Martinez
NIT: 800189930-5 NUMERO DE CONTRATO: 1900171221.24
MES: _____ AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Indus. Fijo/de la B Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Cecilia Sanibis CC: 33143365
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Tini-Tin
Dirección UDS: Sustentamiento Jorge Eggiten Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

ORDEN No	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	1249070825	Kayla	Sofia	Carmona	Arias		
02	Rc	1249059996	Elialle	Isabel	chiquillo	Ramos		
03	Rc	1241259169	Antonela	Sofia	Martinez	Kaisir		
04	Rc	1253659490	Noah	David	Navas	Fernandez		
05	Rc	1249068357	Liam	David	Navas	Ruiz		
06	Rc	1047521713	Liam	Alexander	Ortega	Triqueros		
07	Rc	1043343754	Samuel	David	Daniza	Cabrate		
08	Rc	1201297300	Abby	Daniela	Rodelo	Guzman		
09	Rc	1249071537	Alaia	Isabela	Ramos	Gonzalez		
10	Rc	1047021283	Genesis		Sirita	Munoz		
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — 5 SEMANAS

	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	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	13		
02	A A A A A	A A A A A	A A A A A		A	13		
03	A A A A A	A A A A A	A A A A A		A	13		
04	A A A A A	A A A A A	A A A A A		A	13		
05	A A A A A	A A A A A	A A A A A		A	13		
06	A A A A A	A A A A A	A A A A A		A	13		
07	A A A A A	I I I I I	I I I		A	6	7	
08	A A A A A	A A A A A	A A A		A	13		
09	A A A	A A A A A	A A A		A	11	2	
10	A A A A A	A A A A A	A A A		A	13		
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
TOTAL						121	9	

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 Sanibis
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

Escaneado con CamScanner
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
Sab 15 Junio	Samuel Pereira	1043343154	R C Inasistencio	Motivo de Salud	Llamar Padre y Mirar	observar su estado de Salud	La Profe Cecilia	en casa	Carmen Canate

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.M11.PP | 29/07/2025
Versión 1 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 13001772024
MES: Junio. AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial y de la B. Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Yuith D. Teran C. CC: 1143357433
Código CUENTAME UDS: 13001000047863 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: El Principio del Saber
Dirección UDS: Ciudadela 2000 Teléfono UDS:

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	1235051344	Angelo		Armesto	Guerra.	4	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A / / / / / / / / / / A		19	0	
02	RC	1201288308	Marian	Sofia	Ortiz	Barrios	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
03	RC	1049588503	Juan	Sebastian	Teran	Ramos	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
04	RC	1238348373	Kylian	Samuel	Suarez	Roa	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
05	RC	1201291524	Angelo	De Jesus	Vilonia	Herrera	3	4	A A /				
06	RC	1201291486	Jonathan	Junior	Villalobos	Rincon	3	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
07	RC	1249068238	Ilam	Andres	Murillo	Lopez	3	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
08	RC	1043343218	Carlos	Alessandro	Serpa	Salas	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / I		14	1	
09	RC	1249068605	Eliell	Steve	Herrera	Gonzalez	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
10	RC	1249069785	Darkiel		Estremor	Marquez	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
11	RC	1201288513	Ian	David	Arias	Velez	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
12	RC	1249071557	Jose	Manuel	Hernandez	Marquez	1	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
13	RC	1249068429	Ian	Mauricio	Barro	chiquillo	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / / / / / / / / / / / A		15	0	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	A11	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA 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